

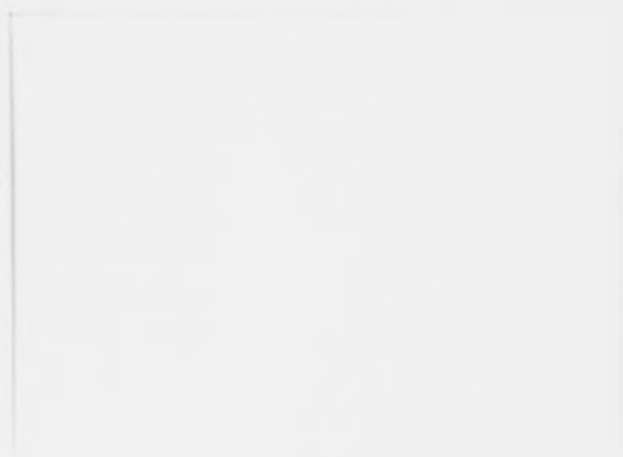
Office of the Chief Medical Examiner

ANNUAL REVIEW

2007

**A.T. Balachandra, MBBS, FRCPC, FCAP
Chief Medical Examiner**

Manitoba 



Office of the Chief Medical Examiner

ANNUAL REVIEW

2007

**A.T. Balachandra, MBBS, FRCPC, FCAP
Chief Medical Examiner**

Table of Contents

History of the Medical Examiner's System	1
Introduction	3
Caseload Statistics – 2007	5
Types of Deaths Investigated and Certified	7
Homicides	7
Suicides	8
Accidental Deaths	10
Undetermined Deaths	11
Natural Deaths	12
Summary of Deaths of Personal Care Home Residents	13
Summary of Children's Deaths	13
Sudden Infant Death Syndrome	14
Drug and Ethanol Related Deaths	15
Manitoba Deaths – A 10 Year Review	16
Inquests	19
Inquest Recommendations – 2007	20
Reported Deaths of Children-in-Care	28
Chief Medical Examiner's Recommendations To Minister of Family Services and Housing – 2007	29

History of the Medical Examiner's System

The medical examiner and the medical examiner's system have evolved from duties that were assigned to coroners and systems put in place to affect the legislated and non-legislated responsibilities of the office.

The word "coroner" is derived from the old French spelling of the word "crown". The Office of the "Crown" (Crown representatives) was originally established to secure revenues that accrued to the Crown in the event of sudden or unexplained deaths.

The first detailed statute on the Office of the Coroner was the Statute of Westminster in 1275, which established the office for revenue purposes. Subsequent British legislation shifted the coroner's responsibility to the investigation of deaths due to violence or unnatural means but retained the revenue aspect through a fee payable to the coroner for each inquest held.

Historically Canada inherited the concepts of coroner and coroner's inquest as part of the common law. The common law powers of a coroner to indict persons upon an inquisition for murder or manslaughter, to commit them for trial, and to certify evidence were incorporated as part of the Canadian Criminal Law in 1892, at which time the indictment function of the inquest was terminated.

The subsequent enactment of provincial legislation established the jurisdiction and role of the coroner and continued the coroner's functions of investigating deaths, empanelling juries, and conducting inquisitions (inquests). In some provinces and territorial jurisdictions the coroner's concept still remains.

With the advancement of the forensic sciences and pathologists specially trained in forensic medicine, it seemed logical to report cases to qualified medical persons instead of lay coroners as the bulk of reportable cases were medical in nature. From this evolved the medical examiner's system.

As recently as 1971 Manitoba enacted and proclaimed *The Fatality Inquiries Act* to replace *The Coroner's Act*. This statute was reenacted in 1975 and 1987, and, remained in effect until May 14th, 1990 when a new *Fatality Inquiries Act* was proclaimed.

The distinct feature of the current *Act* is the division of responsibilities into medical and legal disciplines. The initial inquiry into the cause and manner of death is carried out by a duly qualified medical practitioner. The inquest, when deemed necessary, is conducted by a provincial judge without a jury.

This brief historical background has been provided to explain that the medical examiner's system in Manitoba has been both legislatively and operationally implemented and has fully replaced the coroner's system.

Introduction

The Office of the Chief Medical Examiner in Manitoba is responsible under *The Fatality Inquiries Act* and *The Vital Statistics Act* for the inquiry/investigation and certification of all deaths which are the result of violence or which are unexpected, unexplained, or unattended. Certain hospital and institutional cases are also investigated – notably those of individuals who die within 24 hours of admission, within ten days of surgery, or, while under or recovering from anesthesia. Included as well are the deaths of persons who are being held involuntarily, and residents of a personal care home. The CME also completes legislated reviews of services provided to deceased children and/or their parents or guardians by agencies of Child and Family Services (CFS).

The area of jurisdiction is the Province of Manitoba, which has a population of approximately 1.19 million people. In addition the medical examiner has jurisdiction over those who travel through the Province.

The medical examiner's system under the direction of the Chief Medical Examiner is managed from a central office located in Winnipeg. The office has 14 permanent and one term full-time staff: a director, seven medical examiner's investigators, two special investigators to review CFS services, a statistician, and four support staff. The fee-for-service element is provided by 22 part-time medical examiners, with additional fee-for-service support provided by pathologists, funeral directors, and ambulance services.

In the City of Winnipeg, medical examiner's investigators are on duty and available 24 hours per day. Part-time medical examiners are also available through a rotating duty roster system. Throughout rural Manitoba and in other cities such as Brandon and Thompson, part-time medical examiners are available on an as-required basis 24 hours a day.

Alcohol and toxicology analysis is provided by the Biochemistry Laboratory at St. Boniface General Hospital in Winnipeg. Testing in criminal cases is done at the Royal Canadian Mounted Police (RCMP) Forensic Laboratory. Other specialty tests are obtained whenever they are required utilizing resources both in and outside the Province of Manitoba.

In 2007, 5822 deaths were reported to the Chief Medical Examiner's office representing 58% of all deaths in Manitoba during the year. The reports generated by the medical examiners/medical examiner's investigators contained information on the identity of the deceased, the cause and manner of death, and a summary of the circumstances surrounding the death. In many cases the RCMP and local community police assisted the medical examiners in conducting their investigations.

The Office of the Chief Medical Examiner also has a mandate to investigate all children's deaths and to identify situations of risk. Consequently if a child dies while in care, the office not only conducts the inquiry or investigation required under *The Fatality Inquiries Act*, but reviews the actions of CFS agencies that provided services to the child and its parents or guardians. This review takes the form of a confidential report to the Minister of Family Services & Housing.

The office is involved with the eye, tissue and organ donor programs. As a result regular donations are made to the Lions Eye Bank and transplant program.

Appreciation is expressed to all law enforcement services and other related agencies that cooperated and assisted the medical examiner's office in conducting its death investigations over the past year. The office would also like to thank the Province's medical examiners who have shown frequently, under less than perfect conditions, a high level of dedication and professionalism.

CASELOAD STATISTICS 2007

Medical Examiner Certified Cases	1589
Non-Medical Examiner Cases	4233
Total Caseload	<u>5822</u>

CASELOAD REVIEW 1993 – 2007

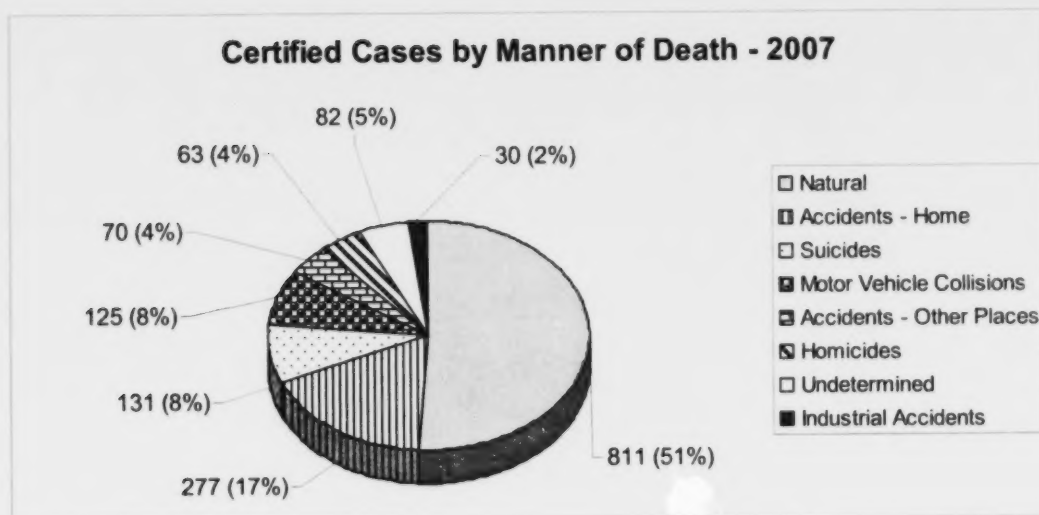
YEAR	TOTAL
1993	2850
1994	3150
1995	3188
1996	3031
1997	3197
1998	3178
1999	5567
2000	5590
2001	5804
2002	5935
2003	5963
2004	5977
2005	5925
2006	5846
2007	5822

Note: Beginning with the 1999 Annual Review, the total number of cases under caseload review includes all cases reported to the Office of the Chief Medical Examiner. The totals provided for years prior to 1999 included only cases certified by a medical examiner and non-medical examiner cases investigated by medical examiner investigators. Those totals did not include certain non-medical examiner cases, such as personal care home deaths, which did not require certification by a medical examiner. Therefore totals since 1999 provide a more accurate representation of the total yearly caseload handled by the Office of the Chief Medical Examiner.

REGIONAL DISTRIBUTION OF CASES

MANNER OF DEATH	URBAN	RURAL	TOTAL
<i>Natural</i>	3484	1560	5044
<i>Accidents in the Home</i>	205	72	277
<i>Motor Vehicle Collisions</i>	44	81	125
<i>Accidents in Other Places</i>	22	48	70
<i>Industrial Accidents</i>	20	10	30
<i>Suicides</i>	75	56	131
<i>Homicides</i>	40	23	63
<i>Undetermined</i>	61	21	82
TOTAL	3951	1871	5822

Note: "Urban" in these statistics include only Winnipeg and Brandon even though there are other cities in Manitoba classified as "Urban".



Note: Certified cases are those investigated by a medical examiner.

TYPES OF DEATH INVESTIGATED AND CERTIFIED

HOMICIDES

District	Male	Female	Total
Urban	33	7	40
Rural	15	8	23
Total	<u>48</u>	<u>15</u>	<u>63</u>

HOMICIDES BY AGE AND METHOD

Method	Age							Total
	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	Over 60	
Firearms	1	1	4	3	3	2	3	17
Blunt Weapon/ Violence	0	4	7	1	5	0	0	17
Stabbing/ Incised Wound	0	2	8	6	3	2	0	21
Battered Child/ Shaken Baby	3	0	0	0	0	0	0	3
Other	1	1	1	2	0	0	0	5
Total	<u>5</u>	<u>8</u>	<u>20</u>	<u>12</u>	<u>11</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>63</u>

SUICIDES

District	Male	Female	Total
Urban	56	19	75
Rural	41	15	56
Total	<u>97</u>	<u>34</u>	<u>131</u>

SUICIDES BY AGE AND GENDER

Gender	Age									Total
	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	> 80	
Male	0	12	10	19	30	13	7	5	1	97
Female	0	5	5	6	4	6	5	0	3	34
Total	<u>0</u>	<u>17</u>	<u>15</u>	<u>25</u>	<u>34</u>	<u>19</u>	<u>12</u>	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>131</u>
Per 100,000	0.00	10.02	9.51	16.28	18.82	12.06	11.87	7.30	7.93	11.04

Note: "Rate per 100,000 population" is calculated according to age group populations for Manitoba as of 2007 (Manitoba Health Population Report – June 1, 2007).

METHOD OF SUICIDE

Method	Male	Female	Total	Percentage of Total
Hanging/Strangulation	46	17	63	48.1%
Drug Overdose	13	11	24	18.3%
Firearms	18	1	19	14.5%
Carbon Monoxide	6	2	8	6.1%
Jumping From Heights	3	2	5	3.8%
Cutting/Stabbing	4	0	4	3.1%
Asphyxia	2	0	2	1.5%
Burns	1	1	2	1.5%
Other	4	0	4	3.1%
Total	<u>97</u>	<u>34</u>	<u>131</u>	<u>100.0%</u>

Note: Percentages may not add to 100% due to rounding.

SUICIDES BY REGION AND MONTH

Month of Death	Urban	Rural	Total
January	10	2	12
February	3	5	8
March	10	4	14
April	6	3	9
May	8	5	13
June	5	3	8
July	8	6	14
August	2	9	11
September	9	2	11
October	7	4	11
November	5	7	12
December	2	6	8
Total	<u>75</u>	<u>56</u>	<u>131</u>

ACCIDENTAL DEATHS

Non-Traffic Accidents

Industrial	Urban	Rural	Total Deaths
Total	<u>20</u>	<u>10</u>	<u>30</u>

Accidents In The Home

Falls	133	34	167
Drug/Alcohol Overdose	52	21	73
Smoke Inhalation	3	10	13
Drowning	1	0	1
Asphyxia	3	1	4
Café Coronary	2	1	3
Auto Eroticism	1	0	1
Burning/Scalding	4	1	5
Other	6	4	10
Total	<u>205</u>	<u>72</u>	<u>277</u>

Accidents In Other Places

Exposure	4	13	17
Drowning	1	10	11
Falls	5	3	8
Animal Related (Not MVA)	1	3	4
Aircraft	0	2	2
Café Coronary	0	2	2
Therapeutic Misadventure	1	0	1
Other	10	15	25
Total	<u>22</u>	<u>48</u>	<u>70</u>

Total Non – Traffic Accidents	<u>247</u>	<u>130</u>	<u>377</u>
--------------------------------------	-------------------	-------------------	-------------------

Traffic Accidents

Motor Vehicle Accidents	Urban	Rural	Total Deaths
Vehicle/Vehicle	17	28	45
Single Vehicle	14	25	39
Vehicle/Pedestrian	7	11	18
Multiple Vehicle	1	4	5
All Terrain Vehicle	0	4	4
Vehicle/Cyclist	3	1	4
Snowmobile	0	3	3
Vehicle/Train	0	3	3
Recreational Vehicle	1	0	1
Motorcycle	1	0	1
Vehicle/Motorcycle	0	1	1
Other	0	1	1
Total Traffic Accidents	44	81	125
Total Non-Traffic Accidents	247	130	377
Total Accidental Deaths	<u>291</u>	<u>211</u>	<u>502</u>

UNDETERMINED MANNER OF DEATH

Cause of Death	Male	Female	Total
Drug/Alcohol Overdose	15	15	30
No Anatomical Cause Found	9	10	19
Head Injuries	4	1	5
SIDS	3	1	4
Multiple Injuries	2	1	3
Drowning	1	2	3
SUDS	2	0	2
Smoke Inhalation	1	0	1
Other	12	3	15
Total	<u>49</u>	<u>33</u>	<u>82</u>

NATURAL DEATHS

Certified Natural Deaths by Cause

Cause of Death	Male	Female	Total
Heart Disease	376	139	515
Lung Disease	38	36	74
Hemorrhage	44	25	69
Cancer	14	8	22
Post – Operative	3	7	10
Peritonitis	3	2	5
Undetermined	4	1	5
Epilepsy	5	0	5
Cirrhosis	1	1	2
Intra-Operative	0	1	1
Meningitis	1	0	1
AIDS	0	1	1
Other	61	40	101
<u>Total</u>	<u>550</u>	<u>261</u>	<u>811</u>

Certified Natural Deaths by Age

Age Group	Male	Female	Total
Under 1 year	2	5	7
1-9	4	4	8
10-19	3	1	4
20-29	11	3	14
30-39	21	8	29
40-49	59	25	84
50-59	111	44	155
60-69	134	41	175
70-79	108	55	163
80-89	82	53	135
90-99	15	22	37
<u>Total</u>	<u>550</u>	<u>261</u>	<u>811</u>

SUMMARY OF DEATHS OF PERSONAL CARE HOME RESIDENTS

Manner of Death	Male	Female	Total
Natural*	912	1657	2569
Natural**	8	10	18
Accidents in the Home	22	48	70
Accidents in Other Places	1	0	1
Industrial Accidents	0	0	0
(Asbestos exposure)			
Motor Vehicle Collisions	0	0	0
Undetermined	0	0	0
Total	<u>943</u>	<u>1715</u>	<u>2658</u>

* Reviewed by a medical examiner investigator and not certified by a medical examiner

** Certified by a medical examiner

SUMMARY OF CHILDREN'S DEATHS (Ages 0-17 years inclusive)

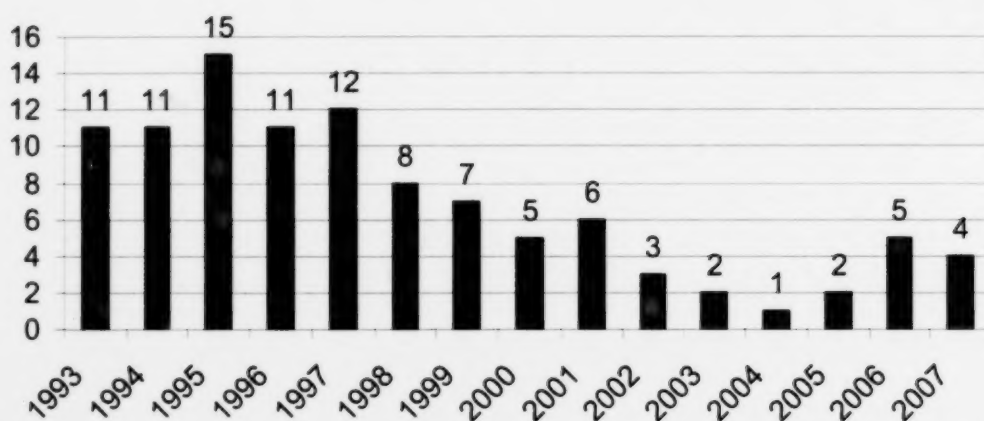
Manner of Death	Male	Female	Total
Natural*	57	42	99
Natural**	10	10	20
Motor Vehicle Collisions	6	10	16
Undetermined	9	7	16
Suicides	8	5	13
Homicides	7	4	11
Accidents in Other Places	6	1	7
Accidents in the Home	1	3	4
Industrial Accidents	1	0	1
Total	<u>105</u>	<u>82</u>	<u>187</u>

Note: 4 cases of SIDS are included in the undetermined category.

* Reviewed by a medical examiner investigator and not certified by a medical examiner.

** Certified by a medical examiner.

**Sudden Infant Death Syndrome Cases
Manitoba 1993 - 2007**



**SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME (SIDS)
MANITOBA 2007**

Age Group	0-4 Months	5-8 Months	9-12 Months	Total
January	0	0	0	0
February	0	0	0	0
March	0	0	0	0
April	1	0	0	1
May	1	0	0	1
June	0	0	0	0
July	0	0	0	0
August	0	0	0	0
September	0	0	0	0
October	0	0	0	0
November	2	0	0	2
December	0	0	0	0
Total	<u>4</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>4</u>

DRUG AND ETHANOL RELATED DEATHS

Accidents

Age	Acute Ethanol Overdose		*Prescription and Non-Prescription Overdose		**Illicit Drug Overdose		***Combination of Ethanol and Drug Overdose		Totals
	Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female	
0-17	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18-35	1	1	1	1	2	1	4	1	12
35-54	4	2	16	7	3	2	7	2	43
55 +	5	1	3	7	1	1	7	0	25
Totals	10	4	20	15	6	4	18	3	80

Suicides

Age	Acute Ethanol Overdose		*Prescription and Non-Prescription Overdose		**Illicit Drug Overdose		***Combination of Ethanol and Drug Overdose		Totals
	Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female	
0-17	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18-35	0	0	4	1	0	0	0	0	5
35-54	0	1	6	2	0	0	1	2	12
55 +	0	0	2	5	0	0	0	0	7
Totals	0	1	12	8	0	0	1	2	24

Undetermined

Age	Acute Ethanol Overdose		*Prescription and Non-Prescription Overdose		**Illicit Drug Overdose		***Combination of Ethanol and Drug Overdose		Totals
	Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female	
0-17	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18-35	0	0	4	1	0	0	0	0	5
35-54	0	0	5	11	1	0	1	0	18
55 +	1	1	3	2	0	0	0	0	7
Totals	1	1	12	14	1	0	1	0	30

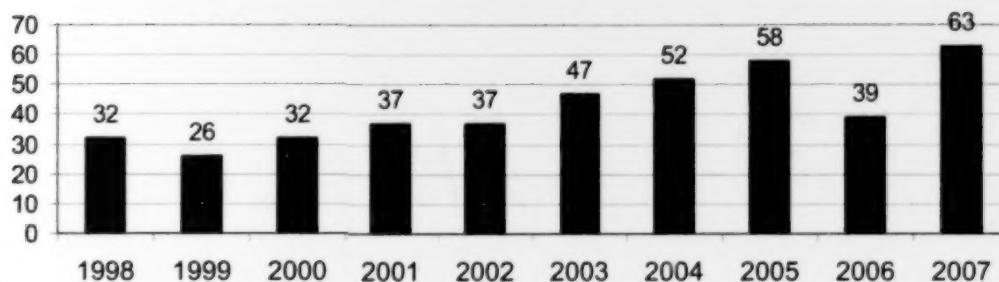
* Prescription drugs refer to drugs prescribed by a physician. In some cases individuals die of an overdose of a prescription drug that is not prescribed to them. These cases are still classified as a prescription drug overdose. Non-prescription drugs such as acetaminophen, ASA, or ibuprofen are sometimes referred to as over the counter (OTC) drugs.

** Illicit drugs are drugs considered illegal such as cocaine, heroin, or ecstasy.

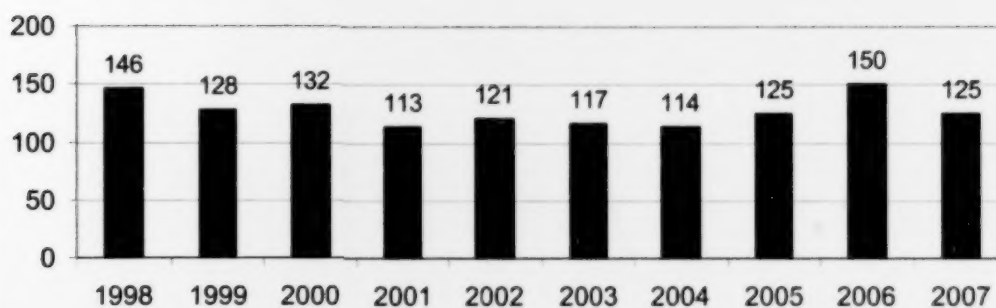
*** Deaths involving high levels of ethanol (> 80 mg/100ml) in combination with high levels of either illicit drugs and/or prescription/non-prescription medication.

MANITOBA DEATHS A 10 YEAR REVIEW

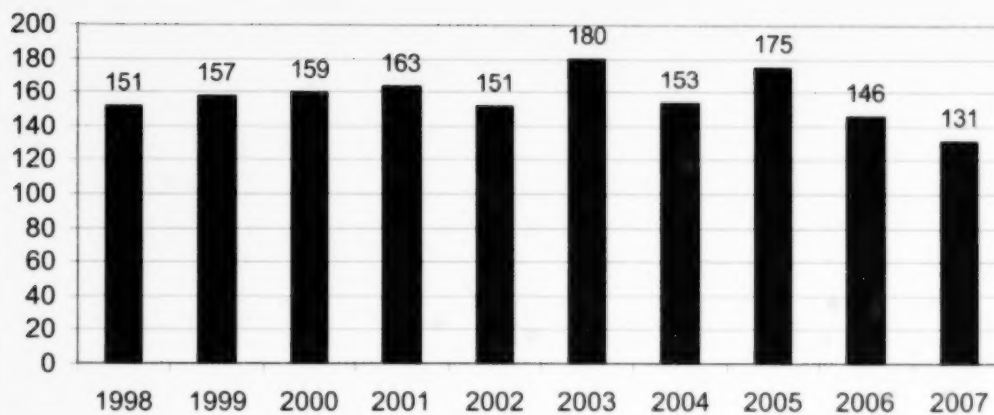
Homicides 1998 - 2007



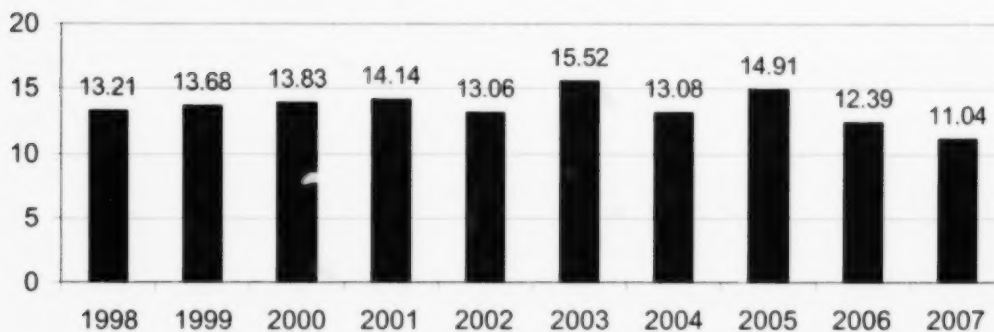
Motor Vehicle Fatalities 1998 - 2007



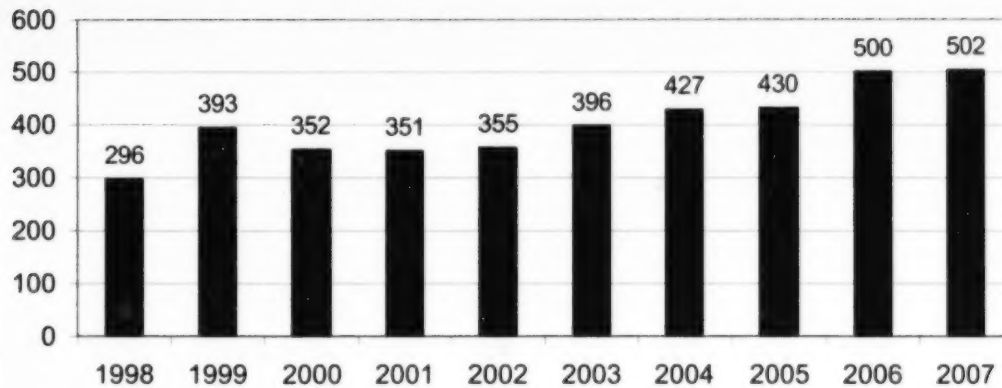
Suicides 1998 - 2007



Suicide Rate Per 100,000 Population 1998 - 2007

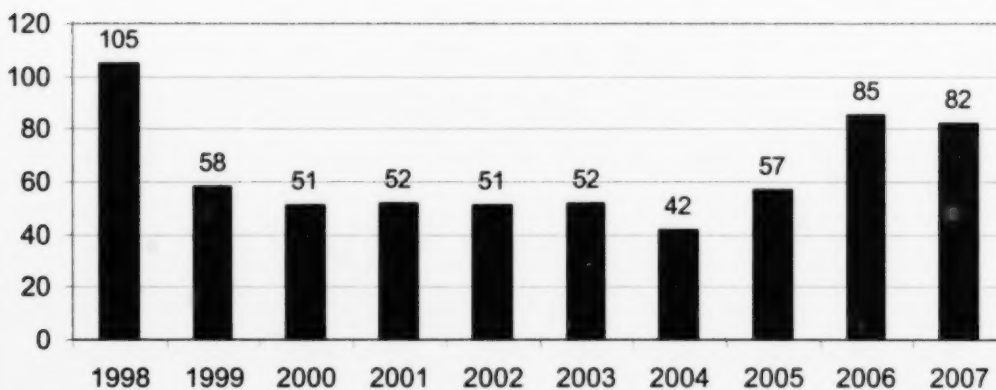


Accidental Deaths 1998 - 2007



Note: Beginning in 1999, increase in statistics reflects reclassification of fall-related deaths from natural to accidental.

Undetermined Manner of Death 1998 - 2007



INQUESTS

INQUEST SUMMARY

Inquests called January 1, 2007 – December 31, 2007	11
Inquest reports received January 1, 2007 – December 31, 2007	6

TYPE OF INQUESTS

Summary of inquest reports received
(January 1, 2007 – December 31, 2007)

Police Related	Homicide	1
	Accidental	1
	Total	<u>2</u>
Institutional Living Related	Accidental	1
	Natural	1
	Suicide	2
	Total	<u>4</u>
TOTAL INQUEST REPORTS RECEIVED IN 2007		6

Inquest Report Recommendations Received - 2007

Full inquest reports are now posted at the Government of Manitoba website
www.manitobacourts.mb.ca

CASE FILE NO. 0481/04

Cause of Death: Probable Seizure Disorder – Acute Coronary Artery Disease

Manner of Death: Natural

Circumstances: Dennis Robinson was a 52 year old resident of the Manitoba Developmental Centre (MDC). On February 28, 2004 he and 7 other residents were taken on an outing in a van along with 2 supervising staff members. The outing lasted approximately 2 hours and when they arrived back at MDC the staff assisted with unloading the residents. About 40 minutes later, a staff nurse doing rounds was unable to find Mr. Robinson to give him his medication. Mr. Robinson was located inside the van in an unconscious state. He was taken to the Portage Hospital where he was pronounced dead.

Judicial Recommendations:

1. Hiring Panels to Contact Psychiatric Nursing Assistant (PNA) Applicants' Former Employers

It is recommended that hiring competition panelists contact applicants' former employers and volunteer placements when the applicant's work history discloses prior related employment experience. Such a practice would provide a useful source of information relative to essential selection criteria, i.e., whether an applicant possesses good interpersonal and communication skills and is physically able to perform duties.

2. Public Posting of PNA Position Openings

It is recommended that MDC post all PNA position openings in a timely fashion prior to selecting suitable candidates for interview paneling. Such postings should be province-wide and include advertisements in newspapers possessing such circulation profiles.

3. Mandatory Interviewing of All Applicants Possessing Health Care Aide Certificates

It is recommended that any PNA job applicant possessing a Health Care

Aide certificate from a recognized educational institution such as Red River Community College be interviewed. Such persons should by virtue of their extensive related education be *prima facie* presumed to possess the necessary qualifications to satisfy MDC's pre-interview screening criteria.

4. Establish Formalized Caregiver Testing Program at MDC

It is recommended that MDC implement a comprehensive testing program designed to ensure that all caregivers are fully familiar with details of all pertinent resident safety policies and procedures.

5. Amend The Highway Traffic Act to Protect Mentally Challenged Persons

It is recommended that section 186(6) of **The Highway Traffic Act** be amended to include mentally challenged persons who are passengers in motor vehicles. Such a provision would require drivers to ensure that all such persons are secured by a proper seat belt assembly when a vehicle is being driven.

6. Electronic Monitoring on Outings

It is recommended that MDC consider the feasibility of the utilization of Global Positioning System (GPS) wrist or ankle bracelets electronically tuned to pinpoint the whereabouts of the wearer at all times when residents are off campus on outings.

7. Publication of All Disciplinary Sanctions to Caregiver Staff

It is recommended that henceforth MDC publish all caregiver disciplinary sanctions so that staff are aware of consequences resulting from breaches of MDC policies/procedures relative to neglect of duty. Such a practice would presumably have an educative impact that would deter other caregivers from engaging in similar misconduct.

8. Installation of Vehicle Warning Devices Re Unfastened Seat Belts

It is recommended that MDC explore the availability of seat belt warning devices. Such devices would immediately alert escorting caregivers to unsafe situations and ensure optimal passenger safety when residents were on van excursions.

CASE FILE NO. 0820/05

Cause of Death: Methadone overdose

Manner of Death: Accident

Circumstances: Christopher Holoka, aged 29 years, was an inmate of the Winnipeg Remand Centre. On the morning of April 15, 2005 fellow inmates alerted Corrections Staff that Mr. Holoka was unresponsive on the upper bunk in his cell. Autopsy later confirmed that he died of a methadone overdose.

Judicial Recommendations:

1. That the Winnipeg Remand Centre implement a meaningful staff education drug program in concert with the Addictions Foundation of Manitoba, and that this program be ongoing for all staff. That this program highlight addictions and the use of illicit drugs including methadone.
2. That staff at the Winnipeg Remand Centre be adequately trained for the handling of emergencies in drug related cases.
3. That dangers surrounding methadone be communicated both in writing and verbally to incoming methadone inmates on their signing of the requisite waiver, with particular emphasis on the dangers of diverting methadone to methadone naïve users.
4. That management at the Winnipeg Remand Centre continue to stress the importance of complete and accurate medication charting, and demand in writing an accounting from staff members who fail in this duty.
5. That the Winnipeg Remand Centre establish a protocol with existing methadone treatment programs as to dosage requirements for incoming inmates who are registered with their programs. Such information would be vital in ensuring that the inmate's dosage is used only for the well-being of that individual.
6. That consideration be given to the implementation of a standing order which would dictate that, where an inmate does not respond in person at scheduled medicine rounds to a page for attendance for essential medicines or medications, it be incumbent on staff to personally enquire of the inmate as to the reason for his or her non attendance. At the very least such an order should be mandatory as it applies to those inmates classed as being suicide risks.

CASE FILE NO. 2218/03

Cause of Death: Hanging

Manner of Death: Suicide

Circumstances: In the early morning hours of October 5th, 2003 Rachel Wood was arrested by the Nelson House Police for "disturbing the peace", and was lodged in their cells. Less than an hour later she was discovered hanging from the bars of her cell door. Attempts at resuscitation were unsuccessful.

Judicial Recommendations:

1. The Province invite the Federal government establish a joint working group tasked with identifying Band operated holding cells in Manitoba and take immediate action to shut them down.
2. Any replacement cells must meet RCMP standards of construction, operation and staffing.
3. The Province initiate negotiations with the Federal government and the First Nations to achieve agreement to clearly define, properly enforce and regularly monitor standards for Band Constables and First Nations Policing Programs.
4. The Province negotiate with the Federal government and the First Nations an agreement to fund transportation of Band Constables from remote areas to training sessions.
5. The Province of Manitoba initiate negotiations to establish a national protocol and database to share Inquest and Coroner's reports and their recommendations.
6. The Province make specialized training in suicide prevention and recognition mandatory for all cell guards in Manitoba, with periodic refresher courses.
7. The Province make closed circuit television monitoring of all holding cells in Manitoba mandatory.
8. The Province inspect all provincial jails with the goal of ensuring all prisoner cells are ligature proof.
9. The Province direct that its Chief Medical Examiner notify the Aboriginal Policing Directorate for Manitoba when a death occurs which directly involves First Nations Police.

CASE FILE NO. 0230/05

Cause of Death: Hanging

Manner of Death: Suicide

Circumstances: Paul Joubert was charged with two counts of first degree murder in relation to the death of his parents in September, 2004. He was being held in custody at the Brandon Correctional Centre and was transferred to the PsychHealth Centre at Health Sciences Centre, Winnipeg, Manitoba on December 21, 2004. Mr. Joubert was an involuntary patient under *The Mental Health Act* and was under "close observation" watch as there was concern he might harm himself. He was last seen alive at approximately 9:50 a.m. on January 31, 2005. Approximately 10 or 15 minutes later he was found in his room suspended from the ceiling by a bed sheet. Despite aggressive resuscitation attempts, Mr. Joubert was pronounced dead at 10:33 a.m.

Judicial Recommendations:

1. That the policies outlining the different levels of observation utilized at PX3 (Ward of Psych Health Centre) be maintained as they allow for the appropriate balance between safety in the environment and treatment of the patient.
2. Endorse the change of the ceiling tiles throughout the Psychiatric Health Centre at the Health Sciences Centre in Winnipeg, Manitoba, and recommend that the Province of Manitoba conduct a review of all facilities in the Province where mentally ill patients reside to ensure the ceilings are safe, secure and inaccessible by residents.

CASE FILE NO. 2334/03

Cause of Death: Alcohol and Diphenhydramine Overdose

Manner of Death: Accident

Circumstances: On October 16th, 2003, members of the Norway House RCMP Detachment arrested Sherrill Wilfred Forbister. They transported him by motor vehicle to the police detachment. Upon arrival at the detachment, police discovered that he had stopped breathing. He

was pronounced dead at Norway House Hospital about two and a half hours after his arrest.

Judicial Recommendations:

1. Core policies of the RCMP, being those applicable to emergent circumstances in which human life or safety is or may be at stake, be identified for the purpose of developing formal training for all cadets and all field officers.
2. In future, no RCMP cadet be employed in an operational position of the force without verification of his/her understanding of core policy.
3. Every step be taken to implement as soon as possible the recommendation of Judge Stewart in the St. Paul Inquest regarding the provision of adequate police resources in Northern Manitoba.
4. The Department of Justice review with the Office of the Chief Medical Examiner that information at its disposal pertaining to deaths caused by alcohol poisoning to determine what information may be released to the public in compliance with privacy law. Emphasis should be placed on developing a policy of maximum disclosure that is consistent with the provincial privacy statute.
5. The Department of Health and the Manitoba Liquor Control Commission jointly develop a strategy for publishing that information accessible to the public on deaths arising from alcohol poisoning to ensure its broad dissemination.
6. The Province of Manitoba and the Manitoba Liquor Control Commission consider providing some funding to Norway House First Nation in furtherance of that community's alcohol strategy or, if no cohesive strategy exists, provide seed money for the purpose of developing one.

CASE FILE NO. 2651/03

Cause of Death: Hemoperitoneum due to blunt trauma to chest

Manner of Death: Homicide

Circumstances: In the early morning hours of November 22nd, 2003 Mitchell Audy was assaulted outside a house party he attended in Minitonas, Manitoba. He was taken by ambulance to the Swan River Valley Hospital and admitted for observation. At about 9:00 a.m. on Nov 22, 2003 he was released into police custody as he was disruptive and thought to be intoxicated. He was lodged in cells where he was found collapsed, about an hour and a half later. He was pronounced dead at the Swan Valley Hospital at 11:08 a.m.

Judicial Recommendations:

1. That the Manitoba Emergency Services Medical Advisory Committee consider an amendment to the Emergency Treatment Guidelines to standardize the manner in which dispatch calls are received and charted.
2. That the Manitoba Emergency Services Medical Advisory Committee consider an amendment to the Emergency Treatment Guidelines to require, particularly in situations dealing with intoxicated patients and bystanders, written notation of all theories of the mechanism of injury.
3. That the RCMP consider implementation of a policy requiring designation of an officer at any ambulance-attended scene to be the medical-liaison officer, responsible for passing on any pertinent information, where necessary, to the Emergency Medical Technicians.
4. That the Parkland Regional Health Authority direct development of Treatment Protocols respecting blood pressure readings which would ensure
 - a) repeat of readings within a set period of time when there is an unexpected and unexplained drop in blood pressure, regardless of the patient's other indicators of low blood pressure, and
 - b) mandatory blood pressure readings of trauma patients immediately prior to final discharge from hospital.
5. That the RCMP consider revising their policy on assessment of prisoners to caution about the similarities between the signs of falling blood pressure and the symptoms of alcohol impairment.

6. That the Parkland Regional Health Authority direct development of Treatment Protocols respecting treatment of substance abusers which would ensure
 - a) baseline observation about the noted signs and indicators of intoxication or impairment be clearly noted on patient charts and be specifically reviewed prior to discharge;
 - b) nursing staff, prior to discharging an intoxicated or impaired patient into police custody, brief the receiving peace officer about the signs of impairment shown by the patient since admission to hospital.
7. That the RCMP consider amending the detachment policy to ensure regular members take responsibility for procedure/policy review with guards, and that an appropriate frequency of that review, along with related testing, be considered.

REPORTED DEATHS OF CHILDREN – IN – CARE*

Year	Male	Female	Total
1998	30	25	55
1999	42	27	69
2000	29	30	59
2001	37	19	56
2002**	24	22	46
2003	25	18	43
2004	20	22	42
2005	30	24	54
2006	21	21	42
2007	30	31	61
Total	288	239	527

*A 'Child in Care' is defined in s.10 (1) (a) & (b) of the Fatality Inquiries Act. It does **NOT** refer solely to children in foster or alternative care placements.

** Section 10(1) was amended to require reports only where the deceased child, parent or guardian had received services from a mandated child and family services agency in the year prior to the death.

Section 10(1) of *The Fatality Inquiries Act* states:

If the chief medical examiner receives an inquiry report about a deceased child who, at the time of death or within the one year period before the death,

- a) was in the care of an agency as defined in *The Child and Family Services Act*; or
- (b) had a parent or guardian who was in receipt of services from an agency under *The Child and Family Services Act*;

The chief medical examiner shall assess the quality or standard of care and service provided by the agency by

- (c) examining the records of the agency respecting the child and the parent or guardian; and
- (d) reviewing the actions taken by the agency in relation to the child and the parent or guardian.

In accordance with subsection 10(5), the Chief Medical Examiner (CME) may include in the annual report, a summary of the recommendations contained in the reports prepared under subsection 10(3) in the previous year. This summary is provided without disclosing the name of an individual or agency or any information that might identify a child or the parent or guardian of a child.

In addition to the 9 reports (concerning 9 children) in which the CME made 26 recommendations concerning the services provided, reviews of the services provided to a further 6 children (encompassing 6 reports) were conducted. The Chief Medical Examiner made no recommendations in these 6 reports with respect to the services provided by the Agencies¹ concerned. As files were not supplied concerning services provided to one of these 6 children, the Chief Medical Examiner could not review services with respect to this child.

The following recommendations from 9 reports have been combined into categories.

	<u>No.</u>	<u>Totals</u>
Office of the CME		
Agency, Authority or Branch Case Management Issues		
(These recommendations refer to an Agency or Branch's services in general.)		
That an Agency use the Child and Family Services Information system (including Intake Module) in documenting referrals and recording service delivery.	1	
That an Agency follow provincial program standards concerning the documenting of services provided to families and to children.	4	
That an Agency act upon reports of danger to children in families provided by law enforcement personnel, accepting such reports as authoritative	1	
That the Child Protection Branch, an Authority and an Agency conduct an audit of one of that Agency's community offices with particular attention to Intake services and documentation.	1	
That an Agency train staff in a community office to ensure that referrals and intakes are dealt with in a uniform manner. It is also recommended that the Agency regularly review the community's intake process to ensure that it is in compliance with the Agency's policies and that it provides effective service to the community.	1	
That an Authority and an Agency ensure that the standards for child protection services and the child protection mandate are reflected in the daily work of the Agency.	1	
That an Agency remind its employees of the purpose and function of the After Hours services provided by another agency to ensure that they are utilized appropriately.	1	

10

¹ Winnipeg Child and Family Services Agency is now known as the Winnipeg Child and Family Services Branch of Winnipeg, Rural and Northern Child and Family Services, Manitoba Family Services and Housing. The province's child welfare offices are also referred to as "agencies".

Risk Assessments, Safety Assessments and Family Assessments

That an Agency ensures that its staff uses and records risk and safety assessments. 1

That an Authority and an Agency ensure that family and risk assessment are used 1
in the process of permanency planning for children.

2

Agency and Authority or Branch Actions in Abuse and Neglect Cases

(These recommendations refer to specific cases or to practice in general.)

That an Agency follow the standards and legislation pertaining to abuse 1
investigations.

1

Agency, Authority or Branch Actions in Specific Cases

(These recommendations refer to actions with respect to particular families or children.)

That an Agency ensure that referrals concerning family dysfunction or danger to 1
the children are investigated and services provided as required in Part III of
The Child and Family Services Act.

1

Children in Care

(These recommendations are specific to services to children in foster care.)

That an Agency review its policies with the goal of minimizing multiple 1
placements of children in care.

That an Authority and an Agency review with foster parents the impact on 1
children of placement changes with the goal of reducing those changes. .

That the Child Protection Branch and all four Authorities ensure that provincial 1
standards require pre-placement visits for children, with the exception of
emergency placements, to reduce the stress of entering care or changing foster
homes. It is also recommended that the Agency in question begin the practice
of pre-placement visits in anticipation of the provincial policy on pre-
placement visits.

That an Agency ensure that an effort is made to resolve differences or difficulties 1
in foster care prior to deciding not to return a child to a placement after an
unauthorized absence.

That an Agency ensure that Voluntary Placement Agreements are used in the 1
manner directed in the legislation and the provincial standards.

That the Child Protection Branch and the four Authorities ensure that provincial standards concerning the monitoring of children in care and the standard concerning Place of Safety homes are changed to require more frequent monitoring, including actually seeing the child.	1
That the Child Protection Branch, an Authority and an Agency conduct an audit of that Agency's placement resources for children with particular attention to compliance with standards on approval and licensing of homes, placement of children in licensed/approved homes and interagency placements.	1
That the Child Protection Branch develop a standard requiring the sharing of all Agency file information on individuals when another Agency requests a prior contact check for the purpose of foster home licensing or Place of Safety approval.	1
That the Director of Child Welfare for the Province in conjunction with the four Authorities put in place a protocol for responding to police requiring assistance with identification of a deceased child in care.	1

9

Provincial and Authority Actions

That any Designated Intake Agency having contact with a family in the three months prior to the death of a child contact that family to determine if services would be helpful in dealing with the aftermath of losing a child. Such contact should include any involved community services providers also.	1
That the Province provide extraordinary funding to Agencies to enable them to offer a designated number of days of support services to families who qualify under the conditions of the above recommendation. The funding should be in addition to funds provided for existing services.	1

2

Other

That children referred to the Office of the Children's Advocate due to concerns about foster care are seen by a representative of that Office and that relevant file information is examined. It is further recommended that the Office of the Children's Advocate be resourced for such reviews.	1	1
---	---	---

Total

26

For more information or additional copies of this report,
please contact:

**Office of the Chief Medical Examiner
210-1 Wesley Avenue
Winnipeg MB R3C 4C6**

Tel: 204-945-2088

Fax: 204-945-2442

Full inquest reports are now posted at the Government of Manitoba website.
www.manitobacourts.mb.ca/english/inquest_reports.html

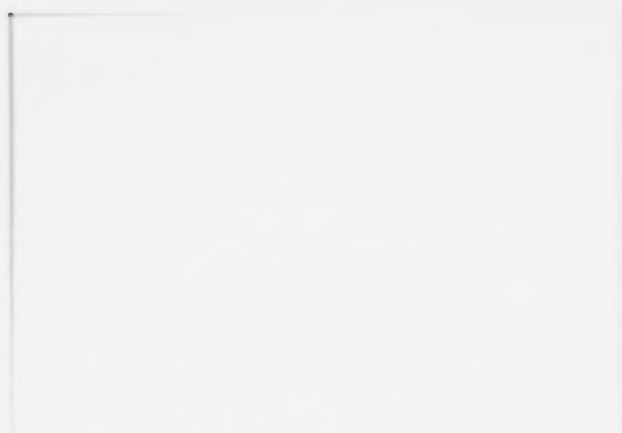
Bureau du médecin légiste en chef

RAPPORT ANNUEL

2007

**A.T. Balachandra, M.B.B.S., F.R.C.P.C., F.C.A.P.
Médecin légiste en chef**





Bureau du médecin légiste en chef

RAPPORT ANNUEL

2007

**A.T. Balachandra, M.B.B.S., F.R.C.P.C., F.C.A.P.
Médecin légiste en chef**

Table des matières

Historique des fonctions de médecin légiste	1
Introduction	3
Statistiques sur l'ensemble des cas – 2007	5
Catégories de décès ayant fait l'objet d'enquêtes et d'attestations	7
Homicides	7
Suicides	8
Décès accidentels	10
Morts dont la nature est inconnue	11
Morts naturelles	12
Résumé des morts de résidents en foyers de soins personnels	13
Résumé des morts d'enfants	13
Syndrome de mort subite du nourrisson	14
Décès liés à la drogue et à l'éthanol	15
Nombre de morts au Manitoba – Examen de la décennie	16
Enquêtes	19
Recommandations des rapports d'enquête – 2007	20
Cas rapportés de décès d'enfants pris en charge	28
Recommandations du médecin légiste en chef au ministre des Services à la famille et du Logement en 2007	29

Historique des fonctions de médecin légiste

L'ensemble des fonctions actuelles de médecin légiste résulte de l'évolution des fonctions anciennement attribuées au coroner pour lui permettre de remplir ses obligations juridiques et non juridiques.

Le terme « coroner » tire son origine de l'ancienne orthographe française du mot « crown ». On a originellement créé la charge de « crowner » (représentant de la Couronne) dans le but de s'assurer que la Couronne recevait les revenus qui lui revenaient à la suite de morts subites ou inexplicables.

La première loi visant la charge de coroner a été le Statut de Westminster en 1275, qui a établi cette fonction pour des besoins de perception de revenus. Au cours des années, la législation britannique a modifié les responsabilités du coroner de façon que celui-ci puisse enquêter sur les morts violentes ou non naturelles. Cependant, l'élément de revenu a été conservé sous la forme d'honoraires payables au coroner pour chaque enquête médico-légale.

De par sa tradition en *common law*, le Canada a hérité des concepts de coroner et d'enquête du coroner. La *common law* a accordé au coroner le droit de porter des accusations contre des personnes à la suite d'enquêtes sur des meurtres ou des homicides involontaires, d'amener ces personnes devant les tribunaux et d'attester de la preuve. Ces pouvoirs ont été intégrés au *Code criminel* du Canada en 1892, exception faite du pouvoir de mise en accusation, qui a été supprimé la même année.

On a, par la suite, adopté diverses lois provinciales qui ont permis de définir la sphère d'attributions et le rôle du coroner, et de confirmer son pouvoir d'enquêter sur les décès, de former des jurys et de mener des enquêtes médico-légales. La fonction de coroner subsiste encore dans certains territoires et provinces.

Compte tenu de l'évolution de la criminalistique et de la spécialisation en médecine légale de certains pathologistes, et étant donné que la plupart des cas à rapporter étaient de nature médicale, il a semblé logique que des médecins plutôt que des coroners profanes se chargent des dossiers. C'est ainsi qu'a été établie la fonction de médecin légiste.

Dès 1971, le gouvernement du Manitoba a remplacé la *Loi sur les coroners* par la *Loi sur les enquêtes médico-légales*. Ré-adoptée en 1975 et de nouveau en 1987, cette loi est restée en vigueur jusqu'au 14 mai 1990, date à laquelle on a promulgué la nouvelle *Loi sur les enquêtes médico-légales*.

La loi actuelle a comme caractéristique le partage des responsabilités entre les disciplines médicales et légales. L'enquête préliminaire sur la cause et la nature du décès est menée par un médecin dont la compétence est reconnue. L'enquête médico-légale, quand on la juge opportune, est entendue par un juge de la Cour provinciale sans jury.

Par ce bref historique, nous avons voulu souligner que la fonction de médecin légiste est juridiquement et fonctionnellement en place au Manitoba et qu'elle a entièrement remplacé celle de coroner.

Introduction

En vertu de la *Loi sur les enquêtes médico-légales* et de la *Loi sur les statistiques de l'état civil*, le personnel du Bureau du médecin légiste en chef est chargé de faire des recherches et des enquêtes sur toutes les morts violentes, de même que sur les décès inattendus, inexplicables ou attribuables à l'absence de soins médicaux, et d'attester de ces morts. Certains décès dans les hôpitaux et établissements font aussi l'objet d'enquêtes, notamment lorsque des particuliers qui y ont séjourné sont morts dans les 24 heures suivant leur admission, dans les 10 jours suivant une chirurgie ou lorsqu'ils étaient sous anesthésie ou s'en remettaient. Les enquêtes portent aussi sur les décès de patients involontaires ou de résidents d'un foyer de soins personnels. Conformément à la législation, le médecin légiste en chef examine aussi les services fournis aux enfants décédés et (ou) à leurs parents ou tuteurs par les offices des services à l'enfant et à la famille (SEF).

Le médecin légiste en chef a compétence dans toute la province du Manitoba, dont la population est d'environ 1,19 million d'habitants. Il a également compétence sur les personnes qui sont de passage dans la province.

Le réseau des médecins légistes, sous la direction du médecin légiste en chef, est administré à partir du bureau central de Winnipeg, qui compte 14 employés permanents et un employé à temps plein nommé pour une période déterminée : un directeur, sept enquêteurs auprès du médecin légiste, deux enquêteurs spéciaux chargés d'examiner les SEF, un statisticien et quatre employés de soutien. On a recours aux services de 22 médecins légistes qui travaillent à temps partiel et sont rémunérés à l'acte. De plus, on peut faire appel à des pathologistes, à des entrepreneurs de pompes funèbres et à des services ambulanciers, également payés à l'acte.

Dans la ville de Winnipeg, les enquêteurs sont de service jour et nuit. Les médecins légistes qui travaillent à temps partiel offrent leurs services par roulement. Dans les régions rurales du Manitoba, ainsi que dans d'autres villes comme Brandon et Thompson, les médecins légistes travaillant à temps partiel offrent leurs services sur demande jour et nuit.

Les tests de dépistage de consommation de drogues et d'alcool sont effectués par le service de biochimie de l'Hôpital général Saint-Boniface, à Winnipeg. Pour les affaires

criminelles, les tests sont effectués par le Laboratoire judiciaire de la Gendarmerie royale du Canada. D'autres examens spécialisés sont offerts sur demande, en utilisant des ressources offertes tant au Manitoba qu'à l'extérieur de la province.

En 2007, 5822 décès ont été rapportés au Bureau du médecin légiste en chef, ce qui représente 58 % de tous les décès survenus au Manitoba pendant l'année. Les rapports produits par le médecin légiste ou l'enquêteur indiquaient la cause ou la nature du décès, l'identité du défunt, ainsi que les circonstances du décès. Dans bien des cas, la Gendarmerie royale du Canada et le service de police local ont aidé les médecins légistes à progresser dans leurs enquêtes.

Le Bureau du médecin légiste en chef est aussi chargé d'enquêter sur tous les décès d'enfants et de repérer les situations présentant un risque. Par conséquent, si un enfant pris en charge meurt, le Bureau procède non seulement à une enquête telle que requise par la *Loi sur les enquêtes médico-légales*, mais examine aussi les mesures prises par les offices des SEF qui ont fourni des services à l'enfant ainsi qu'à ses parents ou tuteurs. Cet examen fait aussi l'objet d'un rapport confidentiel remis au ministre des Services à la famille et du Logement.

Le Bureau du médecin légiste en chef participe aux programmes de don des yeux, de tissus et d'organes. Cette participation a permis de faire régulièrement des dons à la banque des yeux et au programme de greffe du club Lions.

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance à tous les services chargés de l'application de la loi et aux organismes connexes qui ont collaboré aux enquêtes menées par le Bureau au cours de l'année. Nous remercions aussi les médecins légistes de la province qui ont fait preuve de beaucoup de dévouement et de professionnalisme malgré les conditions souvent difficiles.

STATISTIQUES SUR L'ENSEMBLE DES CAS 2007

Cas attestés ayant fait l'objet d'enquêtes par des médecins légistes	1 589
Cas n'ayant pas fait l'objet d'enquêtes par des médecins légistes	4 233
Nombre total de cas	<u>5 822</u>

RÉSUMÉ DE L'ENSEMBLE DES CAS DE 1993 À 2007

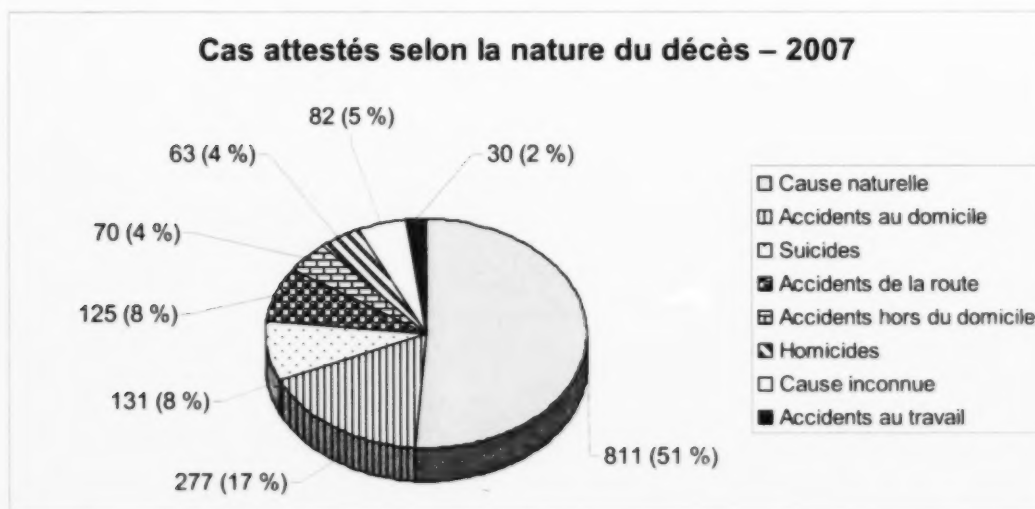
ANNÉE	TOTAL
1993	2 850
1994	3 150
1995	3 188
1996	3 031
1997	3 197
1998	3 178
1999	5 567
2000	5 590
2001	5 804
2002	5 935
2003	5 963
2004	5 977
2005	5 925
2006	5 846
2007	5 822

Nota – Depuis le rapport annuel de 1999, le nombre total de cas répertoriés dans le résumé de l'ensemble des cas comprend tous les cas ayant été rapportés au Bureau du médecin légiste en chef. Dans les rapports annuels antérieurs à 1999, les totaux incluaient seulement les cas attestés ayant fait l'objet d'enquêtes par les médecins légistes et les cas examinés par les enquêteurs du médecin légiste. Ces totaux n'incluent pas certains cas n'ayant pas fait l'objet d'enquêtes par les médecins légistes, notamment les décès survenus dans les foyers de soins personnels, parce qu'une attestation de décès par des médecins légistes n'était alors pas requise. Par conséquent, depuis 1999, le nombre total de cas donne un aperçu beaucoup plus juste de l'ensemble des cas traités annuellement par le Bureau du médecin légiste en chef.

RÉPARTITION DES CAS PAR RÉGION

NATURE DU DÉCÈS	RÉGION URBAINE	RÉGION RURALE	TOTAL
<i>Cause naturelle</i>	3 484	1 560	5 044
<i>Accidents au domicile</i>	205	72	277
<i>Accidents de la route</i>	44	81	125
<i>Accidents hors du domicile</i>	22	48	70
<i>Accidents au travail</i>	20	10	30
<i>Suicides</i>	75	56	131
<i>Homicides</i>	40	23	63
<i>Cause inconnue</i>	61	21	82
TOTAL	3 951	1 871	5 822

Remarque : Dans ces statistiques, le terme « région urbaine » se rapporte à Winnipeg et à Brandon seulement, même si d'autres villes du Manitoba pourraient être considérées comme des « régions urbaines ».



Remarque : Les cas attestés ont fait l'objet d'enquêtes par un médecin légiste.

CATÉGORIES DE DÉCÈS AYANT FAIT L'OBJET D'ENQUÊTES ET D'ATTESTATIONS

HOMICIDES

District	Hommes	Femmes	Total
Région urbaine	33	7	40
Région rurale	15	8	23
Total	<u>48</u>	<u>15</u>	<u>63</u>

HOMICIDES SELON L'ÂGE ET LA MÉTHODE

Méthode	Âge							Total
	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60 et +	
Arme à feu	1	1	4	3	3	2	3	17
Arme contondante, violence	0	4	7	1	5	0	0	17
Arme tranchante, coupure	0	2	8	6	3	2	0	21
Enfant battu / syndrome du bébé secoué	3	0	0	0	0	0	0	3
Autre	1	1	1	2	0	0	0	5
Total	<u>5</u>	<u>8</u>	<u>20</u>	<u>12</u>	<u>11</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>63</u>

SUICIDES

District	Hommes	Femmes	Total
Région urbaine	56	19	75
Région rurale	41	15	56
Total	<u>97</u>	<u>34</u>	<u>131</u>

SUICIDES SELON L'ÂGE ET LE SEXE

Sexe	Âge									Total
	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 et +	
Hommes	0	12	10	19	30	13	7	5	1	97
Femmes	0	5	5	6	4	6	5	0	3	34
Total	<u>0</u>	<u>17</u>	<u>15</u>	<u>25</u>	<u>34</u>	<u>19</u>	<u>12</u>	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>131</u>
Taux par 100 000 hab.	0,00	10,02	9,51	16,28	18,82	12,06	11,87	7,30	7,93	11,04

Remarque : Le « taux par 100 000 habitants » est calculé en fonction de la population par groupes d'âge au Manitoba en juin 2007 (rapport sur la population au 1^{er} juin 2007, préparé par Santé Manitoba).

MÉTHODE DE SUICIDE

Méthode	Hommes	Femmes	Total	% du total
Pendaison/ strangulation	46	17	63	48,1 %
Surdose de drogue	13	11	24	18,3 %
Armes à feu	18	1	19	14,5 %
Oxyde de carbone	6	2	8	6,1 %
Saut dans le vide	3	2	5	3,8 %
Coupures ou coups de couteau	4	0	4	3,1 %
Asphyxie	2	0	2	1,5 %
Brûlure	1	1	2	1,5 %
Autre	4	0	4	3,1 %
Total	<u>97</u>	<u>34</u>	<u>131</u>	<u>100,0 %</u>

Remarque : Les chiffres étant arrondis, il est possible que le total ne soit pas égal à 100 %.

SUICIDES SELON LA RÉGION ET LE MOIS

Mois du décès	Région urbaine	Région rurale	Total
Janvier	10	2	12
Février	3	5	8
Mars	10	4	14
Avril	6	3	9
Mai	8	5	13
Juin	5	3	8
Juillet	8	6	14
Août	2	9	11
Septembre	9	2	11
Octobre	7	4	11
Novembre	5	7	12
Décembre	2	6	8
Total	<u>75</u>	<u>56</u>	<u>131</u>

DÉCÈS ACCIDENTELS

Accidents non routiers

Lieu de travail	Région urbaine	Région rurale	Total des décès
Total	<u>20</u>	<u>10</u>	<u>30</u>
Au domicile			
Chute	133	34	167
Surdose (drogue ou alcool)	52	21	73
Inhalation de fumée	3	10	13
Noyade	1	0	1
Asphyxie	3	1	4
Crise de restaurantose	2	1	3
Autoérotisme	1	0	1
Brûlure/ébouillantage	4	1	5
Autre	6	4	10
Total	<u>205</u>	<u>72</u>	<u>277</u>
Ailleurs			
Exposition	4	13	17
Noyade	1	10	11
Chute	5	3	8
Reliés aux animaux (non automobiles)	1	3	4
Aviation	0	2	2
Crise de restaurantose	0	2	2
Accident thérapeutique	1	0	1
Autre	10	15	25
Total	<u>22</u>	<u>48</u>	<u>70</u>
Total, accidents non routiers	<u>247</u>	<u>130</u>	<u>377</u>

Accidents de la route

Accidents de la route	Région urbaine	Région rurale	Total de décès
Deux véhicules	17	28	45
Un seul véhicule	14	25	39
Véhicule et piéton	7	11	18
Plusieurs véhicules	1	4	5
Véhicule tout terrain	0	4	4
Véhicule et cycliste	3	1	4
Motoneige	0	3	3
Véhicule et train	0	3	3
Véhicule de plaisance	1	0	1
Motocyclette	1	0	1
Véhicule et motocyclette	0	1	1
Autre	0	1	1
Total, accidents de la route	44	81	125
Total, accidents non routiers	247	130	377
Total, morts accidentelles	<u>291</u>	<u>211</u>	<u>502</u>

MORTS DONT LA NATURE EST INCONNUE

Cause du décès	Hommes	Femmes	Total
Surdose (drogue ou alcool)	15	15	30
Aucune cause physique connue	9	10	19
Blessures à la tête	4	1	5
Syndrome de mort subite du nourrisson	3	1	4
Blessures multiples	2	1	3
Noyade	1	2	3
Mort subite du nourrisson inexplicée	2	0	2
Inhalation de fumée	1	0	1
Autre	12	3	15
Total	<u>49</u>	<u>33</u>	<u>82</u>

MORTS NATURELLES

Cas attestés de morts naturelles selon la cause

Cause du décès	Hommes	Femmes	Total
Maladie du cœur	376	139	515
Maladie pulmonaire	38	36	74
Hémorragie	44	25	69
Cancer	14	8	22
Postopératoire	3	7	10
Péritonite	3	2	5
Cause non déterminée	4	1	5
Épilepsie	5	0	5
Cirrhose	1	1	2
Peropératoire	0	1	1
Méningite	1	0	1
SIDA	0	1	1
Autre	61	40	101
<u>Total</u>	<u>550</u>	<u>261</u>	<u>811</u>

Cas attestés de morts naturelles selon l'âge

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total
Moins d'un an	2	5	7
De 1 à 9 ans	4	4	8
De 10 à 19 ans	3	1	4
De 20 à 29 ans	11	3	14
De 30 à 39 ans	21	8	29
De 40 à 49 ans	59	25	84
De 50 à 59 ans	111	44	155
De 60 à 69 ans	134	41	175
De 70 à 79 ans	108	55	163
De 80 à 89 ans	82	53	135
De 90 à 99 ans	15	22	37
<u>Total</u>	<u>550</u>	<u>261</u>	<u>811</u>

RÉSUMÉ DES MORTS DE RÉSIDENTS EN FOYERS DE SOINS PERSONNELS

Nature du décès	Hommes	Femmes	Total
Causes naturelles*	912	1657	2569
Causes naturelles**	8	10	18
Accidents au foyer	22	48	70
Accidents hors du foyer	1	0	1
Accidents au travail (exposition à l'amiante)	0	0	0
Accidents de la route	0	0	0
Cause inconnue	0	0	0
Total	<u>943</u>	<u>1715</u>	<u>2658</u>

* examinés par un enquêteur auprès du médecin légiste sans être attestés par un médecin légiste.

** attestés par un médecin légiste.

RÉSUMÉ DES MORTS D'ENFANTS (De 0 à 17 ans inclusivement)

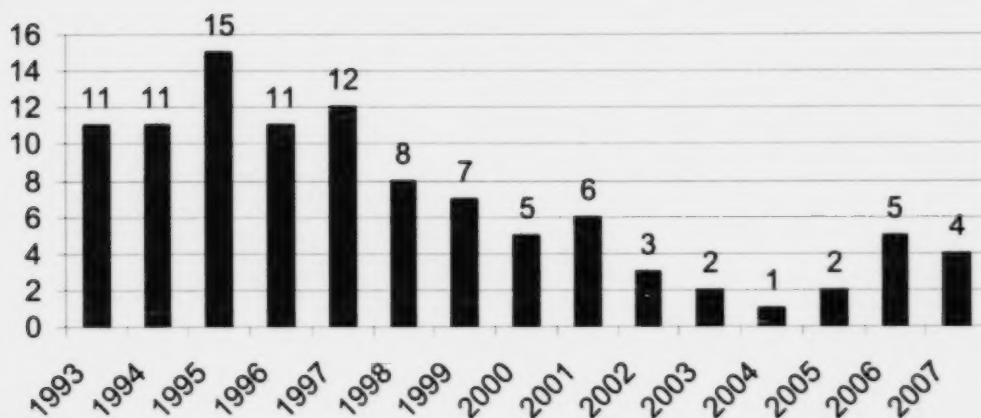
Nature du décès	Garçons	Filles	Total
Causes naturelles*	57	42	99
Causes naturelles**	10	10	20
Accidents de la route	6	10	16
Cause inconnue	9	7	16
Suicides	8	5	13
Homicides	7	4	11
Accidents hors du domicile	6	1	7
Accidents au domicile	1	3	4
Accidents au travail	1	0	1
Total	<u>105</u>	<u>82</u>	<u>187</u>

Remarque : Quatre cas de mort subite du nourrisson sont inclus dans la catégorie « causes inconnues ».

* examinés par un enquêteur auprès du médecin légiste sans être attestés par un médecin légiste.

** attestés par un médecin légiste.

**Cas du syndrome de mort subite du nourrisson
Manitoba 1993-2007**



**SYNDROME DE MORT SUBITE DU NOURRISSON
AU MANITOBA EN 2007**

Groupe d'âge	0 à 4 mois	5 à 8 mois	9 à 12 mois	Total
Janvier	0	0	0	0
Février	0	0	0	0
Mars	0	0	0	0
Avril	1	0	0	1
Mai	1	0	0	1
Juin	0	0	0	0
Juillet	0	0	0	0
Août	0	0	0	0
Septembre	0	0	0	0
Octobre	0	0	0	0
Novembre	2	0	0	2
Décembre	0	0	0	0
Total	4	0	0	4

DÉCÈS LIÉS À LA DROGUE ET À L'ÉTHANOL

Accidents

Âge	Surdose grave d'éthanol		*Surdose de médicaments vendus avec ou sans ordonnance		**Surdose de drogues illicites		***Surdose d'éthanol et de drogues		Totaux
	Hommes	Femmes	H	F	H	F	H	F	
0-17	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18-35	1	1	1	1	2	1	4	1	12
35-54	4	2	16	7	3	2	7	2	43
55 et +	5	1	3	7	1	1	7	0	25
Totaux	10	4	20	15	6	4	18	3	80

Suicides

Âge	Surdose grave d'éthanol		*Surdose de médicaments vendus avec ou sans ordonnance		**Surdose de drogues illicites		***Surdose d'éthanol et de drogues		Totaux
	Hommes	Femmes	H	F	H	F	H	F	
0-17	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18-35	0	0	4	1	0	0	0	0	5
35-54	0	1	6	2	0	0	1	2	12
55 et +	0	0	2	5	0	0	0	0	7
Totaux	0	1	12	8	0	0	1	2	24

Cause inconnue

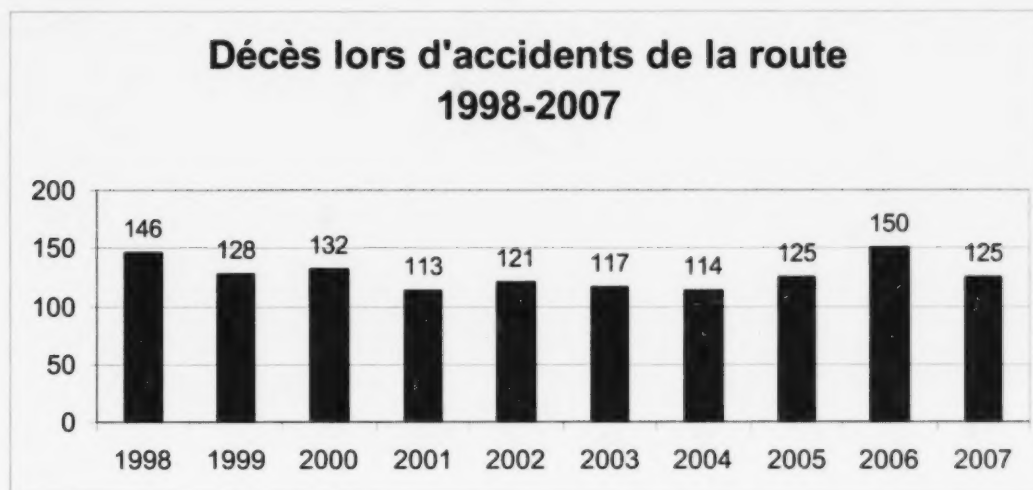
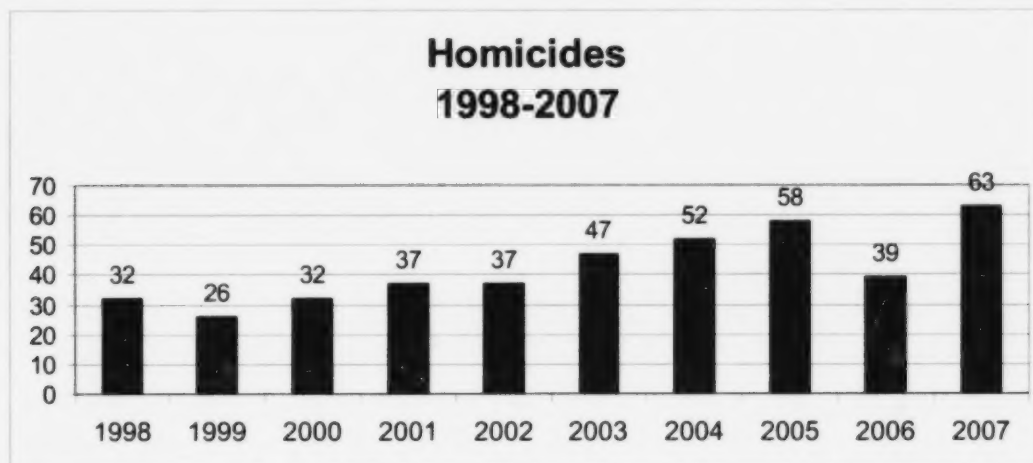
Âge	Surdose grave d'éthanol		*Surdose de médicaments vendus avec ou sans ordonnance		**Surdose de drogues illicites		***Surdose d'éthanol et de drogues		Totaux
	Hommes	Femmes	H	F	H	F	H	F	
0-17	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18-35	0	0	4	1	0	0	0	0	5
35-54	0	0	5	11	1	0	1	0	18
55 et +	1	1	3	2	0	0	0	0	7
Totaux	1	1	12	14	1	0	1	0	30

* Les médicaments sur ordonnance sont des médicaments prescrits par un médecin. Certaines personnes meurent d'une surdose de médicaments qui n'ont pas été prescrits pour eux. Ces cas sont néanmoins inclus dans la catégorie de la surdose de médicaments sur ordonnance. Les médicaments vendus sans ordonnance, notamment l'acétaminophène, l'acide acétylsalicylique (AAS) et l'ibuprofène, sont parfois appelés des médicaments en vente libre.

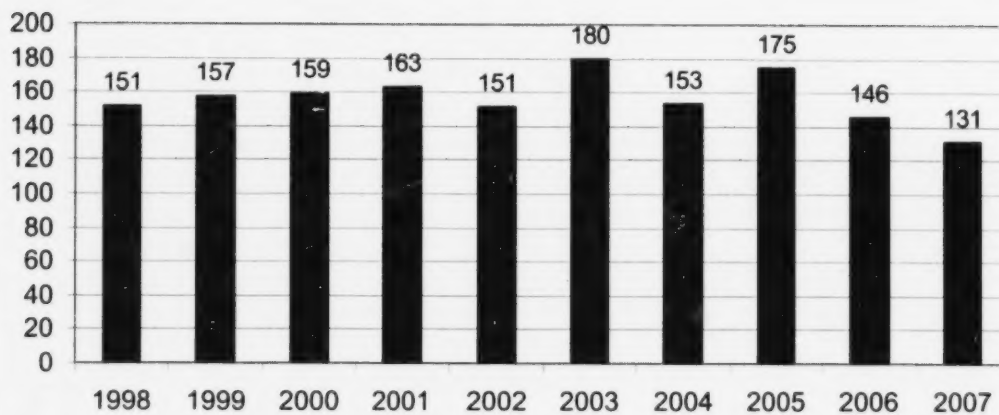
** Les drogues illicites sont les drogues interdites comme la cocaïne, l'héroïne ou l'ecstasy.

*** Comprend les décès liés à des niveaux élevés à la fois d'éthanol (plus de 80 mg par 100 ml) et de drogues illicites ou de médicaments vendus avec ou sans ordonnance.

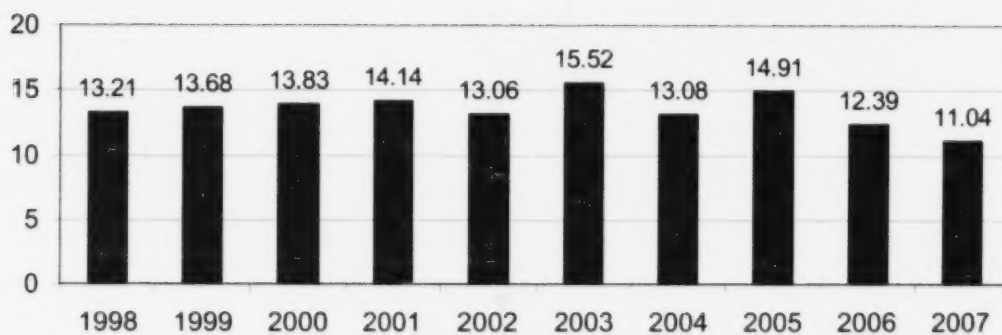
NOMBRE DE MORTS AU MANITOBA EXAMEN DE LA DÉCENNIE



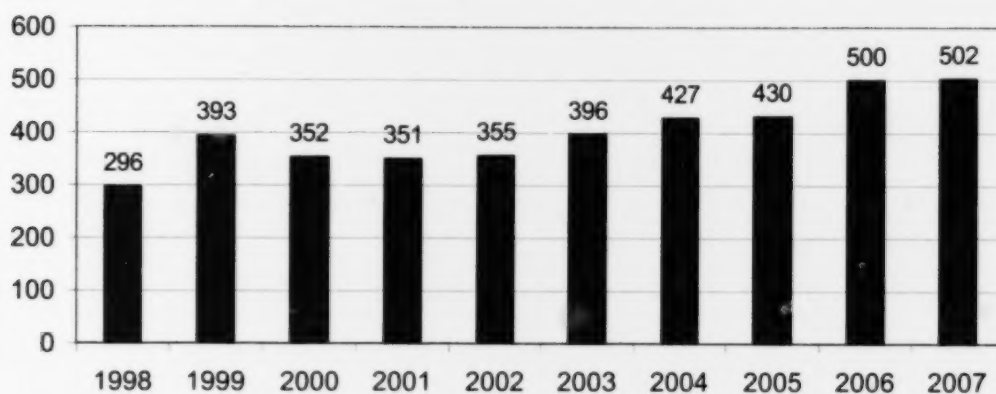
Suicides 1998-2007



Taux de suicide par 100 000 habitants 1998-2007

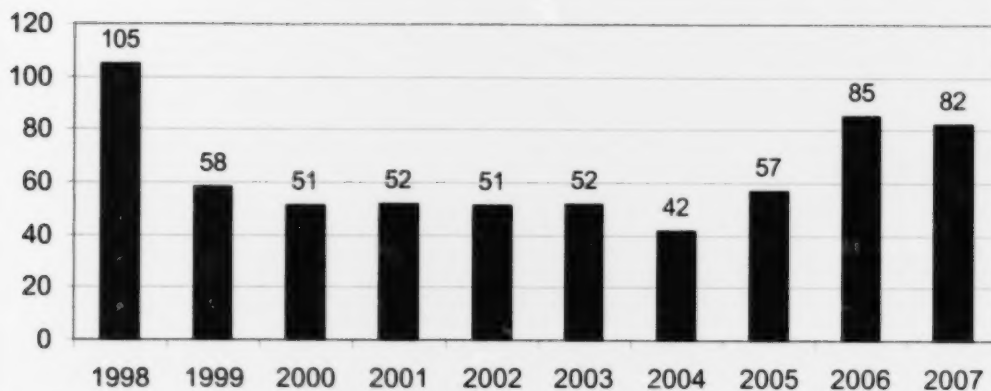


Décès accidentels 1998-2007



Remarque : À partir de 1999, la hausse des données reflète le changement de catégorie des décès survenus à la suite d'une chute, cette catégorie étant passée de mort naturelle à mort accidentelle.

Morts dont la cause est inconnue 1998-2007



ENQUÊTES

RÉSUMÉ DES ENQUÊTES MÉDICO-LÉGALES

Cas ayant fait l'objet d'une enquête du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2007	11
Rapports d'enquête soumis du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2007	6

CATÉGORIES D'ENQUÊTES MÉDICO-LÉGALES

Résumé des rapports d'enquête présentés
(du 1^{er} janvier au 31 décembre 2007)

Policière	Homicide	1
	Accident	1
	Total	<u>2</u>
Vie en établissement	Accident	1
	Cause naturelle	1
	Suicide	2
	Total	<u>4</u>
TOTAL DES RAPPORTS D'ENQUÊTE PRÉSENTÉS EN 2007		6

Recommandations des rapports d'enquête présentés – 2007

Les rapports d'enquêtes exhaustifs figurent maintenant sur le site Web du gouvernement du Manitoba à l'adresse suivante : www.manitobacourts.mb.ca/index.fr.html

DOSSIER DE CAS N° 0481/04

Cause du décès : Troubles convulsifs probables – Coronaropathie aiguë

Nature du décès : Cause naturelle

Circonstances : Dennis Robinson, âgé de 52 ans, était un résident du Centre manitobain de développement (CMD). Le 28 février 2004, deux membres du personnel de supervision du Centre ont accompagné M. Robinson et sept autres résidents dans une fourgonnette pour faire une sortie. La sortie a duré environ deux heures et lorsqu'ils sont revenus au Centre, le personnel a aidé les résidents à débarquer de la fourgonnette. Environ 40 minutes plus tard, une infirmière soignante faisant sa ronde n'arrivait pas à trouver M. Robinson pour lui donner ses médicaments. Il était inconscient dans la fourgonnette. Il a été emmené à l'hôpital de Portage-la-Prairie où son décès a été constaté.

Recommandations judiciaires :

- 1. Les comités de recrutement devraient communiquer avec les anciens employeurs des candidats pour les postes d'infirmières auxiliaires psychiatriques.**
Que les membres du comité de recrutement communiquent avec les anciens employeurs des candidats et les organismes où les candidats ont été bénévoles lorsque les candidats fournissent des antécédents professionnels qui comprennent de l'expérience professionnelle pertinente. Une telle pratique permettrait de recueillir des renseignements utiles liés aux critères de sélection essentiels. Par exemple, on pourrait déterminer si un candidat a de bonnes aptitudes en communication et en relations interpersonnelles et s'il est capable physiquement d'exercer les fonctions.
- 2. Affichage public des emplois vacants d'infirmières auxiliaires psychiatriques**
Que le Centre manitobain de développement affiche sans délai tous les postes vacants d'infirmières auxiliaires psychiatriques avant de choisir les personnes appropriées pour l'équipe d'entrevue. Ces emplois devraient être affichés dans toute la province, y compris dans les journaux distribués à l'échelle provinciale.

3. Entrevue obligatoire accordée à tous les candidats ayant un certificat d'aide en soins de santé

Que toutes les personnes posant leur candidature pour un poste d'infirmière auxiliaire psychiatrique et ayant obtenu un certificat d'aide en soins de santé d'un établissement d'enseignement reconnu comme le Collège Red River soient convoquées en entrevue. Étant donné que ces personnes ont fait des études poussées pertinentes, on devrait présumer *prima facie* qu'elles ont les qualifications requises pour répondre aux critères de présélection du Centre avant l'entrevue.

4. Création d'un programme de contrôle officiel pour les fournisseurs de soins au Centre manitobain de développement

Que le Centre manitobain de développement mette en œuvre un programme de contrôle exhaustif conçu pour veiller à ce que tous les fournisseurs de soins connaissent à fond le détail de toutes les politiques et procédures pertinentes sur la sécurité des résidents.

5. Modification du *Code de la route* pour protéger les personnes ayant une déficience mentale

Que le paragraphe 186(6) du *Code de la route* soit modifié pour inclure les personnes ayant une déficience mentale qui sont des passagers dans des véhicules automobiles. Une telle disposition obligerait les conducteurs à veiller à ce que ces personnes soient attachées à l'aide d'une ceinture de sécurité appropriée lors de tout déplacement en voiture.

6. Surveillance électronique pendant les sorties

Que le Centre manitobain de développement considère la possibilité d'utiliser des bracelets de surveillance par GPS (système mondial de localisation) portés à la cheville ou au poignet qui permettent de connaître électroniquement l'endroit exact où se trouvent les résidents qui portent les bracelets lorsqu'ils quittent les lieux du Centre pour participer à des sorties.

7. Publication de toutes les sanctions disciplinaires imposées aux fournisseurs de soins

Que le Centre manitobain de développement publie dorénavant toutes les sanctions disciplinaires imposées aux fournisseurs de soins afin que le personnel connaisse les conséquences de la violation des politiques et procédures du Centre en ce qui concerne le manquement au devoir. Une telle pratique permettrait vraisemblablement de sensibiliser le personnel et de décourager les autres fournisseurs de soins de faire des fautes semblables.

8. Installation de dispositifs d'avertissement dans les véhicules pour les ceintures de sécurité non bouclées

Que le Centre manitobain de développement vérifie la disponibilité de dispositifs d'avertissement pour les ceintures de sécurité. Ces dispositifs avertiraient immédiatement les fournisseurs de soins accompagnateurs si une situation dangereuse

se présentait et permettraient de veiller à la sécurité optimale des passagers lorsque des résidents font des sorties en fourgonnette.

DOSSIER DE CAS N° 0820/05

Cause du décès : Surdose de méthadone

Nature du décès : Accident

Circonstances : Christopher Holoka, âgé de 29 ans, était un détenu dans le Centre de détention provisoire de Winnipeg. Le matin du 15 avril 2005, des détenus ont averti le personnel des services correctionnels que M. Holoka, qui se trouvait dans le lit supérieur de sa cellule, était inconscient. L'autopsie a plus tard confirmé qu'il est mort d'une surdose de méthadone.

Recommandations judiciaires :

1. Que le Centre de détention provisoire de Winnipeg mette en œuvre un programme éducatif sur les drogues destiné à son personnel, en collaboration avec la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances, et que ce programme soit offert de manière continue à tout le personnel. Ce programme devrait mettre l'accent sur les dépendances et l'utilisation de drogues illicites, notamment la méthadone.
2. Que le personnel du Centre de détention provisoire de Winnipeg reçoive une formation adéquate sur la gestion des urgences liées aux drogues.
3. Que les dangers liés à la méthadone soient communiqués par écrit et verbalement aux nouveaux détenus qui sont des usagers de la méthadone lorsqu'ils signent le formulaire de renonciation requis, et qu'on mette l'accent sur les dangers qu'il peut y avoir si on fournit de la méthadone à des personnes qui n'ont pas l'habitude de consommer cette drogue.
4. Que la direction du Centre de détention provisoire de Winnipeg continue à souligner l'importance de la tenue complète et exacte des dossiers sur les médicaments, et qu'elle demande aux membres du personnel qui ne remplissent pas leur devoir à cet égard de s'expliquer par écrit.
5. Que le Centre de détention provisoire de Winnipeg, en collaboration avec des programmes de traitement existants à l'intention des usagers de la méthadone, établisse un protocole sur les exigences en matière de doses pour les nouveaux détenus qui sont inscrits dans ces programmes. De tels renseignements seraient

essentiels pour veiller à ce que les doses prescrites à un détenu soient utilisées seulement pour le bien-être de ce détenu.

6. Que l'on considère la possibilité de mettre en œuvre un ordre permanent exigeant que si un détenu ne se présente pas en personne lors des périodes prévues de distribution des médicaments lorsqu'il est convoqué pour recevoir des médicaments essentiels, qu'il incombe aux membres du personnel de voir eux-mêmes le détenu pour savoir pourquoi celui-ci ne s'est pas présenté. Cet ordre devrait être obligatoire au moins en ce qui concerne les détenus qui sont désignés comme étant suicidaires.

DOSSIER DE CAS N° 2218/03

Cause du décès : Pendaison

Nature du décès : Suicide

Circonstances : Tôt le matin du 5 octobre 2003, la police de Nelson House a arrêté Rachel Wood pour la perturbation de la paix publique et l'a placée dans leurs cellules. Moins d'une heure plus tard, on l'a trouvée pendue aux barreaux de la porte de sa cellule et on a essayé en vain de la réanimer.

Recommandations judiciaires :

1. Que la Province invite le gouvernement fédéral à établir conjointement un groupe de travail chargé de connaître l'emplacement de toutes les cellules de détention provisoire gérées par les bandes au Manitoba et de prendre immédiatement des mesures pour les fermer.
2. Que toutes les cellules de remplacement respectent les normes de la GRC en ce qui concerne la construction, l'exploitation et le personnel.
3. Que la Province entame des négociations avec le gouvernement fédéral et les Premières nations pour conclure une entente visant à définir clairement les normes s'appliquant aux agents de bande et aux programmes des services policiers des Premières nations, à assurer l'application adéquate de ces normes et à faire un suivi régulier relativement à ces normes.
4. Que la Province négocie une entente avec le gouvernement fédéral et les Premières nations pour couvrir les déplacements des agents de bande des régions éloignées pour qu'ils puissent participer aux séances de formation.
5. Que la Province du Manitoba entame des négociations en vue d'établir un protocole et une base de données à l'échelle nationale permettant la mise en commun des

rapports d'enquêtes et des rapports des coroners, ainsi que des recommandations contenues dans ces rapports.

6. Que la Province rende obligatoire la formation spécialisée en reconnaissance et prévention du suicide pour tous les gardes de cellule au Manitoba, et que des cours de perfectionnement soient régulièrement offerts.
7. Que la Province rende obligatoire la surveillance par télévision en circuit fermé dans toutes les cellules de détention provisoire au Manitoba.
8. Que la Province inspecte toutes les prisons provinciales dans le but d'assurer l'absence totale de tout ce qui pourrait permettre de faire des nœuds dans les cellules des prisonniers.
9. Que la Province ordonne au médecin légiste en chef d'aviser la section manitobaine de la Direction générale de la police des Autochtones s'il y a un décès qui concerne directement la police des Premières nations.

DOSSIER DE CAS N° 0230/05

Cause du décès : Pendaison

Nature du décès : Suicide

Circonstances : Paul Joubert a fait l'objet de deux chefs d'accusation de meurtre au premier degré dans le cas du décès de ses parents en septembre 2004. Il avait été détenu au Centre correctionnel de Brandon et transféré au PsychHealth Centre du Centre des sciences de la santé, à Winnipeg, au Manitoba, le 21 décembre 2004. M. Joubert a été admis en tant que malade en cure obligatoire, tel que défini dans la *Loi sur la santé mentale*, et on le surveillait constamment parce qu'il y avait un risque qu'il se fasse du mal. On l'a vu vivant la dernière fois vers environ 9 h 50 le 31 janvier 2005. On l'a trouvé environ 10 ou 15 minutes plus tard, suspendu du plafond par un drap de lit. Malgré les mesures agressives prises pour le réanimer, le décès de M. Joubert a été constaté à 10 h 33.

Recommandations judiciaires :

1. Que les politiques décrivant les différents niveaux d'observation utilisés au PX3 (service du PsychHealth Centre) soient maintenues étant donné qu'elles permettent un équilibre adéquat entre la sécurité dans l'environnement et le traitement des patients.

2. Que tous les carreaux de plafond soient remplacés dans le PsychHealth Centre du Centre de sciences de la santé à Winnipeg, au Manitoba, et que la Province du Manitoba procède à l'examen de tous les établissements manitobains où résident des patients atteints de maladies mentales pour veiller à ce que tous les plafonds soient sécuritaires et inaccessibles par les résidents.

DOSSIER DE CAS N° 2334/03

Cause du décès : Surdose d'alcool et de diphénhydramine

Nature du décès : Accident

Circonstances : Le 16 octobre 2003, des agents du détachement de la GRC de Norway House ont arrêté Sherrill Wilfred Forbister. Ils l'ont transporté par véhicule au détachement. À l'arrivée, les agents ont constaté que M. Forbister avait cessé de respirer. Le décès de M. Forbister a été constaté à l'hôpital de Norway House environ deux heures et demie après son arrestation.

Recommandations judiciaires :

1. Que les politiques de base de la GRC s'appliquant aux nouvelles circonstances dans lesquelles la vie ou la sécurité d'une personne sont à risque, ou pourrait l'être, soient déterminées dans le but d'élaborer une formation officielle s'adressant à tous les cadets et à tous les agents.
2. À l'avenir, qu'aucun cadet de la GRC n'occupe un poste fonctionnel du service tant que sa compréhension des politiques de base n'a pas été vérifiée.
3. Qu'on prenne toutes les mesures nécessaires pour mettre en œuvre dès que possible les recommandations du juge Stewart faites dans le cadre de l'enquête concernant M. St. Paul et portant sur l'offre de ressources policières adéquates dans le nord du Manitoba.
4. Que le ministère de la Justice examine avec le Bureau du médecin légiste en chef l'information qu'il possède concernant les décès causés par l'intoxication alcoolique dans le but de déterminer quels renseignements peuvent être communiqués au public en conformité avec les lois sur la protection de la vie privée. On devrait mettre l'accent sur l'élaboration d'une politique qui permettrait de divulguer un maximum d'information et qui est conforme aux lois manitobaines sur la protection de la vie privée.

5. Que le ministère de la Santé et la Société des alcools du Manitoba collaborent à l'élaboration d'une stratégie de publication des renseignements accessibles au public sur les décès causés par l'intoxication alcoolique afin d'assurer une vaste diffusion de ces renseignements.
6. Que la Province du Manitoba et la Société des alcools du Manitoba considèrent la possibilité de fournir des fonds à la Première nation de Norway House pour appuyer la stratégie communautaire de lutte contre les problèmes liés à la consommation d'alcool, ou encore pour en permettre l'élaboration si aucune stratégie cohésive n'existe à l'heure actuelle.

DOSSIER DE CAS N° 2651/03

Cause du décès : Hémopéritoine causée par un traumatisme contondant à la poitrine

Nature du décès : Homicide

Circonstances : Tôt le matin du 22 novembre 2003, Mitchell Audy a été agressé à l'extérieur d'une maison où il a participé à une fête privée à Minitonas, au Manitoba. Il a été emmené en ambulance à l'hôpital de Swan River Valley et il a été admis pour observation. À environ 9 h le 22 novembre 2003, il a été placé sous la garde de la police étant donné qu'il avait un comportement perturbateur et qu'on le croyait en état d'ébriété. Il a été placé dans des cellules où on l'a trouvé effondré environ une heure et demie plus tard. Son décès a été constaté à 11 h 08, à l'hôpital de Swan River Valley.

Recommandations judiciaires :

1. Que le comité consultatif des services médicaux d'urgence du Manitoba considère la possibilité de modifier les lignes directrices sur les soins d'urgence pour normaliser la manière dont les appels sont reçus et documentés.
2. Que le comité consultatif des services médicaux d'urgence du Manitoba considère la possibilité de modifier les lignes directrices sur les soins d'urgence pour exiger que toutes les théories sur les mécanismes de blessure soient écrites, tout particulièrement dans les situations concernant les patients et les observateurs en état d'ébriété.
3. Que la GRC considère la possibilité de mettre en œuvre une politique exigeant l'affectation d'un agent sur les lieux de tout incident où une ambulance a été appelée pour que celui-ci assume le rôle d'agent de liaison médicale chargé de faire suivre tous les renseignements pertinents, au besoin, aux techniciens chargés des interventions médicales d'urgences.

4. Que l'Office régional de la santé des Parcs dirige la création de protocoles de soins médicaux en ce qui concerne les mesures de la pression artérielle afin de :
 - a) veiller à ce que des mesures soient prises à des intervalles réguliers pendant une période de temps donnée lorsqu'un patient subit une baisse imprévue et inexpliquée de sa pression artérielle, quels que soient les niveaux des autres indicateurs d'hypotension artérielle;
 - b) veiller à ce que des mesures de la pression artérielle soient obligatoirement prises avant de permettre à un patient de quitter l'hôpital.
5. Que la GRC considère la possibilité de revoir sa politique d'évaluation des prisonniers pour inclure une mise en garde sur les similitudes entre les signes d'hypotension artérielle et les symptômes des personnes dont les facultés sont affaiblies par la consommation d'alcool.
6. Que l'Office régional de la santé des Parcs dirige la création de protocoles de soins médicaux en ce qui concerne les traitements pour les toxicomanes afin de :
 - a) veiller à ce qu'il y ait une observation de base des signes et indicateurs d'intoxication ou de facultés affaiblies notés, ou que les facultés affaiblies soient clairement notées dans le dossier des patients et que ces dossiers soient mis à jour avant la sortie des patients;
 - b) veiller, avant qu'un patient en état d'ébriété ou ayant des facultés affaiblies soit placé sous la garde de la police, à ce que le personnel infirmier donne à l'agent de la paix qui s'occupera du patient un compte rendu des signes de facultés affaiblies qu'a manifestés le patient depuis son admission à l'hôpital.
7. Que la GRC considère la possibilité de modifier la politique des détachements afin de veiller à ce que les membres réguliers assument la responsabilité d'examiner les procédures et les politiques avec les gardes, et que l'on procède à cet examen et à des contrôles connexes à des intervalles appropriés.

CAS RAPPORTÉS DE DÉCÈS D'ENFANTS PRIS EN CHARGE *

Année	Hommes	Femmes	Total
1998	30	25	55
1999	42	27	69
2000	29	30	59
2001	37	19	56
2002**	24	22	46
2003	25	18	43
2004	20	22	42
2005	30	24	54
2006	21	21	42
2007	30	31	61
Total	288	239	527

* Un « enfant pris en charge » est défini aux alinéas 10(1) (a) et (b) de la *Loi sur les enquêtes médico-légales*. Ces cas ne concernent **PAS** uniquement les enfants placés en foyer nourricier ou en foyer alternatif.

** Le paragraphe 10(1) a été modifié de façon à ce qu'un rapport ne soit requis que si l'enfant décédé, le parent ou le tuteur a obtenu des services d'un office des services à l'enfant et à la famille dans l'année précédant le décès.

Le paragraphe 10(1) de la *Loi sur les enquêtes médico-légales* stipule ce qui suit :

S'il reçoit un rapport d'enquête concernant le décès d'un enfant qui, au moment de son décès ou au cours de l'année précédant ce moment :

- a) soit avait été confié à un office au sens de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*;
- b) soit avait un parent ou un tuteur recevant d'un office des services prévus par la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*;

le médecin légiste en chef évalue la qualité ou le niveau des soins et des services offerts par l'office :

- c) en examinant les dossiers de l'office relatifs à l'enfant et au parent ou tuteur;
- d) en évaluant les mesures prises par l'office concernant l'enfant et le parent ou tuteur.

Conformément au paragraphe 10(5), le médecin légiste en chef (MLC) peut inclure dans son rapport annuel un résumé des recommandations contenues dans les rapports faits en vertu du paragraphe 10(3) au cours de l'année précédente. Ce résumé est fourni sans que soient divulgués des noms de personnes ou d'organismes, ou des renseignements qui

pourraient permettre de connaître l'identité d'un enfant, ou des parents ou du tuteur de l'enfant.

Outre les neuf rapports (concernant neuf enfants) pour lesquels le médecin légiste en chef a fait 26 recommandations concernant les services proposés, les services fournis à six autres enfants ont fait l'objet d'un examen (pour un total de six rapports). Pour ces six cas, le médecin légiste en chef n'a fait aucune recommandation en ce qui concerne les services fournis par les offices en cause. Aucun dossier n'ayant été fourni concernant les services fournis pour un des six autres enfants, le médecin légiste en chef n'a pas pu examiner les services pour l'enfant en question.

Les recommandations ci-dessous tirées de neuf rapports ont été regroupées en catégories.

	<u>Nbre</u>	<u>Totaux</u>
Bureau du MLC		
Questions liées à la gestion des dossiers des offices, des régies et de la Direction		
(Ces recommandations ont trait aux services fournis en général par un office ou par la Direction.)		
Qu'un office se serve du Système d'information sur les services à l'enfant et à la famille (y compris le Système de modules relatifs à l'accueil et à la réception des demandes) pour documenter les renvois et la prestation des services.	1	
Qu'un office suive les normes de programmes provinciales concernant la documentation des services fournis aux familles et aux enfants.	4	
Qu'un office donne suite aux dangers signalés par le personnel des services de police en ce qui concerne des enfants dans des familles, en reconnaissant que ce personnel fait autorité dans ce domaine.	1	
Que la Direction des services de protection des enfants, une régie et un office procèdent à la vérification d'un des bureaux communautaires de l'office en portant une attention particulière aux services de réception des demandes et à la documentation.	1	
Qu'un office forme le personnel dans un bureau communautaire pour veiller au traitement uniforme des renvois et des demandes reçues. Il est aussi recommandé que l'office examine régulièrement le processus de réception des demandes de la communauté pour veiller à ce que ce processus soit en conformité avec les politiques de l'office et qu'il permette la prestation efficace des services à la communauté.	1	
Qu'une régie et un office veillent à ce que les normes s'appliquant aux services de protection des enfants et le mandat de protection des enfants soient intégrés	1	

dans le travail quotidien de l'office.

Qu'un office rappelle à ses employés l'objectif et le rôle des services fournis après les heures de bureau par un autre office afin de veiller à ce que ces services soient utilisés de manière appropriée. 1

10

Évaluations du risque, évaluations de la sécurité et évaluations familiales

Qu'un office fasse en sorte que son personnel utilise et enregistre les évaluations du risque et de la sécurité. 1

Qu'une régie et un office veillent à ce que les évaluations familiales et les évaluations du risque soient utilisées dans le cadre des placements permanents pour les enfants. 1

2

Mesures prises par les offices, les régies et la Direction dans les cas de mauvais traitement et de négligence

(Ces recommandations font référence tant à des cas particuliers qu'à la pratique en général.)

Qu'un office respecte les normes et les lois portant sur les enquêtes relatives aux mauvais traitements. 1

1

Mesures prises par les offices, les régies et la Direction dans des cas particuliers

(Ces recommandations ont trait aux mesures à l'égard de familles et d'enfants en particulier.)

Qu'un office veille à ce que les renvois concernant les situations familiales dysfonctionnelles ou les dangers aux enfants fassent l'objet d'une enquête et que des services soient fournis conformément aux dispositions de la partie III de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*. 1

1

Enfants pris en charge

(Ces recommandations sont propres aux services fournis aux enfants en foyer nourricier.)

Qu'un office examine ses politiques dans le but de réduire le nombre de placements multiples des enfants pris en charge. 1

Qu'une régie et un office collaborent avec des parents nourriciers pour examiner les effets des changements de placement sur les enfants dans le but de réduire le nombre de ces changements. 1

- Que la Direction des services de protection des enfants et les quatre régies veillent à ce que les normes provinciales exigent des visites préalables aux placements pour les enfants, sauf pour les placements d'urgence, afin de réduire le stress des enfants qui sont placés pour la première fois dans un foyer nourricier ou qui changent de foyer nourricier. Il est aussi recommandé que l'office en question commence à faire des visites préalables aux placements en prévision de l'élaboration de la politique provinciale sur les visites préalables aux placements. 1
- Qu'un office veille à ce qu'on fasse des efforts pour régler les différends ou les difficultés liés à un placement en foyer nourricier avant de prendre la décision de ne pas replacer un enfant dans un foyer nourricier après une absence non autorisée. 1
- Qu'un office veille à ce que des contrats de placement volontaire soient utilisés de la manière indiquée dans la loi et dans les normes provinciales. 1
- Que la Direction des services de protection des enfants et les quatre régies veillent à ce que les normes provinciales sur la surveillance des enfants pris en charge et la norme sur les lieux sûrs soient modifiées pour exiger que des suivis soit faits plus fréquemment et notamment qu'on voit l'enfant pendant les visites de suivi. 1
- Que la Direction des services de protection des enfants, une régie et un office procèdent à la vérification des ressources de l'office en matière de placements d'enfants en portant une attention particulière à la conformité aux normes s'appliquant à l'approbation des foyers nourriciers et la délivrance de permis les concernant, aux placement des enfants dans les foyers autorisés et approuvés, et aux placements interoffices. 1
- Que la Direction des services de protection des enfants crée une norme exigeant le partage de tous les renseignements dans les dossiers de l'office concernant des particuliers lorsqu'un autre office demande un relevé des contacts antérieurs dans le but de délivrer un permis à un foyer nourricier ou d'approuver un lieu sûr. 1
- Que le directeur de la protection de l'enfance de la Province collabore avec les quatre régies à l'établissement d'un protocole permettant de répondre aux demandes d'aide de la police lorsque la police doit identifier un enfant décédé qui avait été pris en charge par un office. 1

Mesures prises par la Province ou les régies

Que tout office désigné pour la prestation des services d'accueil ayant eu des contacts avec une famille au cours des trois mois précédant le décès d'un enfant communique avec la famille pour déterminer s'il peut offrir des services qui peuvent aider la famille à faire face à la perte de l'enfant. Les fournisseurs de services communautaires ayant eu des contacts avec la famille devraient aussi communiquer avec la famille.	1	
---	---	--

Que la Province fournisse des fonds spéciaux aux offices afin de leur permettre d'offrir un nombre désigné de journées de services de soutien aux familles admissibles selon les critères indiquées dans la recommandation précédente. Ces fonds devraient être fournis en plus des fonds accordés pour la prestation des services existants.	1	
---	---	--

Autre

Qu'un représentant d'un office rencontre les enfants qui font l'objet d'un renvoi au Bureau du protecteur des enfants en raison de préoccupations concernant les placements en foyer nourricier et que les renseignements pertinents dans le dossier soient examinés. Il est aussi recommandé que le Bureau du protecteur des enfants ait les ressources nécessaires pour effectuer de tels examens.	1	1
--	---	---

Total

26

Pour de plus amples renseignements ou pour obtenir d'autres exemplaires du présent rapport, adressez-vous au :

Bureau du médecin légiste en chef
1, avenue Wesley, bureau 210
Winnipeg (Manitoba) R3C 4C6

Téléphone : 204 945-2088
Télécopieur : 204 945-2442

Les rapports d'enquêtes exhaustifs figurent maintenant sur le site Web du gouvernement du Manitoba.
www.manitobacourts.mb.ca/inquest_reports.fr.html

